



CONDIȚIILE CONTRACTULUI DE ASIGURARE

ASIGURAREA DE GRUP DE SĂNĂTATE - SPITALIZARE ȘI CHIRURGIE



CUPRINS

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE	2
ASIGURAREA DE GRUP DE SĂNĂTATE - SPITALIZARE ȘI CHIRURGIE	2
1. RISCURI ASIGURATE.....	2
2. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE	2
3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI	3
4. PRIMA DE ASIGURARE	4
5. ÎNTÂRZIAREA PLĂȚII PRIMEI	5
6. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE	5
7. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE	5
8. EXCLUDERI.....	9
9. RESPONSABILITĂȚILE CONTRACTANTULUI ȘI ALE ASIGURATULUI.....	11
10. CORESPONDENȚA OFICIALĂ.....	11
11. CHELTUIELI, DOBÂNZI ȘI TAXE	11
12. TERITORIALITATE	12
13. PREVEDERI FINALE	12
14. DEFINIREA TERMENILOR.....	15
ANEXA 1. CLASIFICAREA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE	19
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE	24
ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU SĂNĂTATE EMOȚIONALĂ.....	24
ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU CHAT MEDICAL	26
ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU CHELTUIELI MEDICALE	28
ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU CONVALESCENȚĂ	31
ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU MICROCHIRURGIE	33
ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU FRACTURI.....	37
ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU ARSURI.....	40
ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU BOLI GRAVE	42

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE

ASIGURAREA DE GRUP DE SĂNĂTATE - SPITALIZARE ȘI CHIRURGIE

1. RISCURI ASIGURATE

1.1 În perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă în cuantumul și la termenele stabilite, Asigurătorul acoperă următoarele riscuri asigurate:

- în cazul în care Asiguratul va fi **spitalizat ca urmare a unui accident sau a unei boli**, Asigurătorul va plăti, în limitele și conform prezentelor condiții, indemnizația de asigurare cuvenită;
- în cazul în care Asiguratul va suferi o **intervenție chirurgicală ca urmare a unui accident sau a unei boli**, Asigurătorul va plăti, în limitele și conform condițiilor stabilite, indemnizația de asigurare cuvenită;

1.2 **Suma asigurată maximă/ asigurat/ an** este menționată în Polița de asigurare.

2. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

2.1 Solicitarea de încheiere a unui Contract de asigurare și adaugarea de Asigurați se face în scris prin completarea și semnarea Ofertei-Cerere de asigurare de către Contractant.

2.2 Pentru confirmarea Contractului de asigurare, pentru Grupuri asigurate mai mici sau egale cu 10 Asigurați, **Asigurătorul evaluează riscul asigurat pentru fiecare Asigurat în parte** din punct de vedere medical, ocupațional, hobby, sport pe baza informațiilor din Oferta-Cerere de asigurare și documentele anexă. Verificarea poate include examinări medicale la solicitarea expresă a Asigurătorului, costurile fiind suportate de Asigurat.

2.3 În procesul de evaluare a riscului, dacă se determină existența unui risc care depășește riscul de asigurare standard, stabilit de Asigurător potrivit criteriilor de evaluare, acesta își rezervă dreptul de:

- a accepta acoperirea riscurilor asigurate în schimbul unei prime de asigurare majorate;
- a oferi asigurarea în alte condiții decât cele menționate în Oferta-Cerere de asigurare, caz în care Contractantul va fi informat în scris prin intermediul reprezentatului de vânzări privind noua ofertă;
- a refuza acoperirea riscurilor asigurate, în acest caz Contractantul va fi informat în scris prin intermediul reprezentatului de vânzări, iar prima de asigurare inițială va fi returnată fără a fi purtătoare de dobândă.

Pentru Grupuri asigurate mai mari de 10 Asigurați, **Asigurătorul evaluează riscul asigurat pentru Grupul asigurat** din punct de vedere ocupațional.

2.4 Orice documente, emise într-o limbă străină, care stau la baza încheierii Contractului de asigurare, trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Contractant/ Asigurat.

2.5 Polița de asigurare, precum și prezentele Condiții generale de asigurare și Condițiile specifice aferente asigurărilor suplimentare atașate, vor fi înmânate direct Contractantului, prin intermediul reprezentatului de vânzări sau vor fi transmise la adresa comunicată de Contractant.

2.6 **Asigurarea se încheie pe o perioadă de 1 an.** Contractul se poate reînnoi după fiecare an contractual de asigurare la data expirării, cu acordul ambelor părți. **Reînnoirea Contractului de asigurare fără modificarea acoperirilor, în baza Condițiilor de asigurare valabile la acea dată** se face pentru toți Asigurații din Contract în același timp **cu reevaluarea riscului asigurat** conform articolelor 2.2, 2.3.

2.7 Înainte de data reînnoirii Contractului, Contractantul primește din partea Asigurătorului informații despre suma asigurată și prima de asigurare valabilă pentru noul an de asigurare, precum și despre actualizările din Condițiile Contractuale valabile de la data reînnoirii.

2.8 Sub condiția plății integrale a primei aferente anului anterior de asigurare, Contractantul poate să-și exercite **opțiunea de reînnoire a Contractului de asigurare pentru o nouă perioadă de 1 an prin plata primei rate de primă aferente noului an:**

- cu **același nivel de acoperire** continuând astfel Contractul de asigurare
- cu **modificarea nivelului de acoperire** (suma asigurată/ asigurat/ an, adăugare sau reziliere asigurări suplimentare, adăugare sau eliminare Asigurați din Contract).

2.9 Dacă până la data reînnoirii contractului, **Asigurătorul nu primește de la Contractant noile opțiuni ale acoperirii, Asigurarea nu va fi reînnoită** pentru un nou an contractual, în acest caz putându-se proceda exclusiv la încheierea unui nou Contract de asigurare, cu aplicarea unor noi perioade de așteptare, iar data de aplicabilitate a condiției medicale preexistente va fi data de începere a valabilității noii Polițe de asigurare.

2.10 **În cazul în care la scadența ratelor de primă sunt adăugați Asigurați acestora li se aplică procesul de evaluare** conform articolelor 2.2, 2.3.

2.11 **Nu pot fi asigurate persoanele care**, la data intrării în asigurare:

a) nu au vârsta acceptată de Asigurător pentru intrarea în asigurare, la emiterea/ reînnoirea contractului de asigurare;

b) nu sunt active la data de includere în Grupul asigurat, fiind împiedicat din motive medicale să-și îndeplinească responsabilitățile asumate în relația cu Contractantul. În cazul în care un membru al grupului asigurat a fost absent de la locul de muncă/ nu și-a îndeplinit activitățile asumate în relația cu Contractantul din motive medicale, este eligibil pentru includerea în asigurare după ce a revenit la locul de muncă/ locul îndeplinirii activităților asumate, dacă de la data revenirii acestuia și până la data includerii în asigurare s-au scurs cel puțin 20 de zile lucrătoare.

c) se încadrează în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale, în vigoare, privind protecția socială sau al căror grad de invaliditate permanentă este mai mare de 50% sau pentru care este necesară îngrijirea permanentă, adică ajutor străin pentru îndeplinirea treburilor zilnice, certificată prin documente oficiale;

d) au sau au avut simptome, au primit/ urmat tratament sau au fost diagnosticate pentru epilepsie, delirium tremens, boli psihice, inclusiv sindrom anxios și sindrom depresiv;

e) au sau au avut simptome, au primit/ urmat tratament sau au fost diagnosticate pentru alcoolism, toxicomanie;

f) sunt sau au fost diagnosticate cu orice boală gravă și permanentă (de exemplu: orice tip de cancer/ tumoră malignă, inclusiv tumorile sângelui, tumorile cerebrale benigne neoperabile sau inoperabile, limfomul non/ Hodgkin, boala cardiacă/ coronariană, infarctul miocardic și angină pectorală, insuficiență cardiacă, HTA std. III-IV, arteriopatia obliterantă, scleroza cronică vasculară/ demența, accidentele vasculare ischemice sau hemoragice și sechelele acestora, anevrismele, bronhopneumopatie cronică obstructivă, insuficiență respiratorie, hepatitele cronice active virale sau autoimune, hepatitele toxic-nutriționale, ciroză hepatică, insuficiență renală cronică, transplantul renal/ dializa, pancreatită cronică, diabetul zaharat, scleroza multiplă/ în plăci, mono/ di/ tetraparezeele congenitale sau dobândite, boala Parkinson, Alzheimer, polineuropatiile cu cauză necunoscută/ în curs de diagnosticare, polineuropatia toxic nutrițională, polineuropatia diabetică, infecția cu H.I.V/ SIDA și complicații sau îmbolnăviri survenite ca urmare a contractării acestui virus etc. - enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă)

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

3.1 Contractul de asigurare **începe la data intrării în vigoare specificată în Polița de asigurare**, ora 00:00, numai dacă plata primei sau ratei inițiale a primei de asigurare a fost făcută anterior acestei date. La această dată începe și răspunderea Asigurătorului, cu condiția aplicării perioadei de așteptare de 30 de zile.

3.2 La reînnoirea Contractului de asigurare, răspunderea Asigurătorului începe după plata primei de asigurare aferentă noului an de asigurare în cuantumul și la termenele stabilite.

3.3 Contractul de asigurare încetează în unul dintre următoarele cazuri:

- la finalul perioadei de valabilitate a Contractului de asigurare, dacă nu se optează pentru reînnoirea acestuia;
- la data denunțării Contractului de asigurare. Contractul de asigurare poate fi denunțat în scris de către oricare din cele două părți (Contractant/ Asigurat sau Asigurător), cu un preaviz de cel puțin 20 de zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de către partea destinatară. În cazul în care plata primei de asigurare este stabilită în rate subanuale, Asigurătorul poate denunța Contractul de asigurare exclusiv cu începere de la data scadentă a următoarei rate de primă, Asiguratul/ Contractantul urmând să fie înștiințat cu cel puțin 20 de zile în prealabil. În cazul denunțării Contractului de asigurare de către Contractant acesta va achita diferența dintre costul cu daunele (plăți și rezerve) și ratele de primă încasate în perioada contractuală, până la concurență cu valoarea primei anuale contractuale.

- la data părăsirii Grupului asigurat de către Asigurat/ la data încetării calității de angajat/ membru al grupului Contractantului;
- pentru asigurații dependenți, la data încetării asigurării pentru angajatul/ membrul Contractantului, ai cărui dependenți sunt;
- la data rezilierii Contractului de asigurare de către Contractant/ Asigurător, inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare;
- la data decesului Asiguratului produs în perioada asigurată, doar pentru acesta;
- dacă solicitarea de plată a indemnizației de asigurare este frauduloasă, ori contractul are la bază documente și declarații false.

3.4 Răspunderea Asigurătorului nu operează în cazul în care Asiguratul a beneficiat de servicii medicale pentru riscuri ce nu sunt acoperite de Contractul de asigurare, Asiguratul fiind răspunzător pentru achitarea contravalorii serviciilor nedecontate de Asigurător către Spital în cel mai scurt timp.

3.5 Contractul de asigurare poate înceta pentru orice alt motiv prevăzut de legislația în vigoare.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 **Prima de asigurare este stabilită pentru fiecare Asigurat** pe baza calculului actuarial, în funcție de: mărimea Grupului asigurat, opțiunile privind configurarea Asigurării de bază, ocupația și evaluarea riscului. Asigurătorul își rezervă dreptul de a prelua în asigurare și riscuri crescute față de nivelul de risc standard stabilit, în condiții și cu prime speciale de asigurare. **Primele de asigurare sunt calculate și garantate până la încheierea anului contractual de asigurare.**

4.2 **La data reînnoirii Contractului de asigurare, Asigurătorul poate modifica primele de asigurare.** Pentru calculul noilor prime de asigurare sunt luați în calcul și factori precum: numărul Asiguraților din Grupul asigurat, eventuale modificări ale condițiilor contractuale, evoluția costurilor serviciilor medicale, numărul evenimentelor asigurate și valoarea indemnizațiilor plătite Grupului asigurat, etc. Noile rate de primă se vor aplica de la data reînnoirii Contractului de asigurare, pentru toți Asigurații din Contract.

4.3 Prima de asigurare este anuală și este datorată integral și anticipat Asigurătorului. Părțile pot conveni ca plata primei de asigurare anuale să se efectueze fracționat, prin plăți eșalonate (semestrial, trimestrial sau lunar), fiecare perioadă de asigurare începută fiind considerată întreagă.

4.4 La data reînnoirii Contractului de asigurare, prima de asigurare aferentă anului contractual precedent trebuie să fie achitată integral.

4.5 Pentru un Asigurat adăugat în Asigurare pe parcursul anului contractual, se plătește prima de asigurare proporțională cu numărul de luni acoperite de asigurare.

4.6 Pentru emiterea Poliței de asigurare este necesară achitarea primei de asigurare/ întâia rată de primă de asigurare.

4.7 Contractantul este răspunzător pentru plata primelor/ ratelor de primă de asigurare, în cuantumul și la termenele convenite în Polița de asigurare, atât pentru asigurarea de bază, cât și pentru eventualele asigurări suplimentare atașate acesteia. În cazul în care este plătită doar o parte din primă/ rata de primă de asigurare, Polița de asigurare se consideră neplătită.

4.8 În cazul încetării Contractului de asigurare din orice motiv, Contractantul datorează plata integrală a primei de asigurare anuale, dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- plata primei de asigurare se face fracționat, iar prima anuală nu este încasată integral și
- Asigurătorul are sau va avea obligații de plată pentru evenimente asigurate produse pe perioada de valabilitate a Asigurării.

În acest caz, Contractantul va efectua plata primei de asigurare datorate în maximum 15 zile de la primirea notificării comunicată de Asigurător.

4.9 În cazul denunțării Contractului de asigurare, primele de asigurare plătite în avans de către Contractant/ Asigurat vor fi restituite pentru perioada de asigurare rămasă neacoperită, numai dacă nu s-au plătit sau nu se datorează indemnizații de asigurare pentru riscurile asigurate produse în perioada de valabilitate a asigurării.

5. ÎNTÂRZIAREA PLĂȚII PRIMEI

5.1 **Perioada de grație** reprezintă termenul de **30 de zile** acordat de Asigurător pentru **plata primelor de asigurare neachitate la scadență**, timp în care, în situația producerii riscului asigurat, va acorda indemnizația de asigurare. Perioada de grație curge din ziua imediat următoare datei scadenței primei de asigurare neachitate și se consideră împlinită în a 30-a zi calendaristică. Perioada de grație se aplică și în cazul plății parțiale a primelor de asigurare scadente, pentru neachitarea diferenței, până la achitarea integrală a primei scadente.

5.2. La ieșirea din perioada de grație, acoperirea riscurilor încetează și Asigurătorul nu va mai acorda indemnizația de asigurare pentru riscul produs după această perioadă, dacă prima restantă nu este achitată. În această situație, polița rămâne în evidența Asigurătorului până la împlinirea termenului de 90 de zile, calculat de la data scadenței neachitate.

5.3 Pentru reluarea acoperirii riscurilor conform Contractului de asigurare, Contractantul are obligația de a plăti **în intervalul 31 - 90 de zile** de la prima scadență neplătită **toate primele datorate și neachitate**.

5.4 În caz contrar, începând cu a **91-a zi de la prima scadență neplătită**, **Contractul de asigurare nu mai poate fi repus în vigoare**, în acest caz putându-se proceda exclusiv la încheierea unui nou Contract de asigurare, cu aplicarea unor noi perioade de așteptare, iar data de aplicabilitate a condiției medicale preexistente va fi data de începere a valabilității noii Polițe de asigurare.

În acest caz, Polița de asigurare se reziliază de plin drept, fără notificare sau altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței de judecată. Asigurătorul nu are nicio răspundere cu privire la riscurile asigurate produse începând cu data scadenței inițiale la care era datorată rata de primă de asigurare neplătită.

6. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

6.1 **Solicitarea de modificare** a Contractului de asigurare **se poate face pe durata acestuia**, în orice moment, prin transmiterea Cererii de modificare (tip), pentru:

- a) schimbarea numelui Asiguraților/ al Contractantului, în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești;
- b) schimbarea adresei de corespondență a Contractantului;

6.2 În situațiile sus menționate, modificarea este considerată valabilă de la data înregistrării de către Asigurător, a Cererii de modificare (tip).

6.3 Adăugarea/ eliminarea **Asiguraților pe parcursul anului contractual** se realizează la solicitarea Contractantului și va fi procesată de Asigurător începând cu următoarea **data scadență de plată a primei**. Pentru adăugarea Asiguratului **Asigurătorul evaluează riscul asigurat** conform articolelor 2.2, 2.3.

6.4 Modificarea sumei asigurate/ asigurat/ an sau a frecvenței de plată se poate solicita numai la reînnoirea Contractului.

6.5 Adăugarea/ eliminarea asigurărilor suplimentare la asigurarea de bază, se poate solicita numai la reînnoirea Contractului

6.6 Asigurătorul va confirma în scris către Contractant efectuarea modificărilor și data de intrare în vigoare a acestora, respectiv refuzul, dacă e cazul.

7. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

7.1 În baza prezentului Contract de asigurare, Asigurătorul se obligă ca, la producerea unui risc/ eveniment asigurat în perioada de valabilitate a asigurării, să plătească Asiguratului sau Spitalului indemnizația de asigurare, conform limitei de suma asigurată/ asigurat/ an specificate în Certificatul de asigurare și detaliat în prezentele Condiții de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare.

Pentru nașterea autorizată, sunt acoperite în limita maximă a indemnizației de asigurare **costurile nașterii**, iar nașterea a doi sau mai mulți copii (gemeni, tripleți etc.) este considerată un singur eveniment asigurat, pentru care se acordă o singură indemnizație de asigurare.

7.2 **În perioada de așteptare, primele 30 de zile de la data intrării în valabilitate a Contractului**, se acordă indemnizația de asigurare **numai pentru riscul asigurat produs ca urmare a unui accident**. În această

perioadă nu se vor despăgubi evenimentele asigurate ca urmare a unui accident care agravează o afecțiune existentă.

În perioada de așteptare, primele 10 luni de la data intrării în valabilitate a Contractului, nu se acordă indemnizația de asigurare pentru Nașterea ce a avut loc în această perioadă

Prevederile referitoare la perioada de așteptare nu se aplică pentru reînnoiri anuale neîntrerupte, în aceleași condiții ale prezentei asigurări.

7.3 Înainte de data internării în spital, **pentru Autorizarea prealabilă a serviciilor medicale** de spitalizare și intervenție chirurgicală, Asiguratul trebuie să apeleze **Linia telefonică de asistență la numărul 0374.110.110**, iar apoi să facă avizarea scrisă folosind adresa documente@groupama.ro, cu atașarea documentației relevante pentru solicitarea indemnizației. Pentru a beneficia de decontare directă, Asiguratul trebuie să obțină **autorizarea spitalizării/ intervenției chirurgicale din partea Asigurătorului înainte de data internării/ efectuării intervenției chirurgicale** (cu excepția situațiilor de urgență).

Nu este obligatorie autorizarea pentru evenimente în spitale publice sau private ce nu sunt spitale partenere Groupama.

Asigurătorul se obligă să transmită acceptul/ refuzul său în termen de maximum 2 zile lucrătoare, de la data obținerii tuturor documentelor necesare luării unei decizii în acest sens, în acord cu prevederile contractului în vigoare.

7.4 **În funcție de opțiunea și modalitatea de accesare a asigurării, plata indemnizației** de asigurare se face în limita sumei asigurate/ asigurat/ an conform Poliței de asigurare, după cum urmează:

- **Opțiunea Oriunde economic** (modalitate de accesare a beneficiului Indemnizație): Asigurătorul va plăti către Asigurat valoarea indemnizației de asigurare, indiferent de costul spitalizării, în limitele și conform condițiilor stabilite în Polita de asigurare (durată și sumă asigurată/ asigurat/ an);
- **Opțiunea Oriunde flexibil** (modalitate de accesare a beneficiului Decontare directă/ Rambursare/ Indemnizație):
 - Pentru spitalizare și/ sau intervenție chirurgicală **în spitale private partenere Groupama**, indemnizația va fi achitată direct de Asigurător către Spital prin decontare directă a costurilor, dacă s-a obținut autorizarea Asigurătorului înainte de data internării conform prezentelor Condiții de asigurare. În cazul în care nu s-a obținut autorizarea spitalizării până la data internării, Asiguratul va achita costurile serviciilor medicale, iar indemnizația de asigurare va fi achitată de Asigurător către Asigurat, prin rambursare,
 - Pentru spitalizare și/ sau intervenție chirurgicală **în spitale private** care nu sunt partenere Groupama, indemnizația va fi achitată de Asigurător către Asigurat, prin rambursare,
 - În cazul spitalizării și/ sau intervenției chirurgicale **în spitale din străinătate**, indemnizația va fi achitată de Asigurător către Asigurat, prin rambursare în limita a 80% din valoarea facturii pentru servicii medicale;
 - În cazul spitalizării și/ sau intervenției chirurgicale **în spitale publice**, Asigurătorul va plăti către Asigurat valoarea indemnizației de asigurare, indiferent de costul spitalizării, în limitele și conform condițiilor stabilite în Polita de asigurare (durată și sumă asigurată/ asigurat/ an).
- **Opțiunea Regina Maria**: indemnizația va fi achitată direct de Asigurător către Spital prin decontare directă, dacă s-a obținut autorizarea Asigurătorului înainte de data internării, conform prezentelor Condiții de asigurare. În cazul în care nu s-a obținut autorizarea spitalizării până la data internării, Asiguratul va achita costurile serviciilor medicale, iar indemnizația de asigurare va fi achitată de Asigurător către Asigurat, prin rambursare.

Plata indemnizației se face în limita sumei asigurate/ asigurat/ an din Poliță, conform tabelului de mai jos:

Opțiunile și limitele Asigurării de bază

Opțiuni de accesare	Oriunde		Regina Maria
	<i>spitale Regina Maria, alte spitale partenere Groupama, alte spitale private, spitale publice</i>		<i>spitale Regina Maria</i>
	Oriunde economic	Oriunde flexibil	Regina Maria
Modalitate accesare beneficiu asigurare	Indemnizație	Decontare directă/ Rambursare/ Indemnizație	Decontare directă/ Rambursare

Sumă asigurată/ asigurat/ an	5.000 lei sau multiplu* până la 25.000 lei
------------------------------	--

În spitale private sau spitale publice (în baza facturii emise) indemnizația pentru spitalizare și/sau intervenție chirurgicală	75 lei sau multiplu*/ zi spitalizare max 30 zile/ an	100% din valoarea facturii pentru fiecare eveniment de spitalizare și/ sau intervenție chirurgicală până la atingerea limitei de Sumă asigurată/ asigurat/ an	
În spitale publice (fără factură) indemnizația pentru spitalizare	150 lei sau multiplu*/ zi spitalizare la terapie intensivă maxim 7 zile/ eveniment până la atingerea limitei de Sumă asigurată/ asigurat/ an	75 lei sau multiplu*/ zi spitalizare max 30 zile/ an 150 lei sau multiplu*/ zi spitalizare la terapie intensivă maxim 7 zile/ eveniment	n/a
În spitale din străinătate indemnizația pentru spitalizare și/ sau intervenție chirurgicală		80% din factură până la maxim Suma asigurată/ asigurat/an	
În spitale publice (fără factură) indemnizația pentru intervenție chirurgicală	10/25/50/75/100% din Suma asigurată/ asigurat/ an funcție de gradul de dificultate al intervenției, conform Anexei 1		n/a

*Indemnizațiile zilnice pentru spitalizare se multiplică precum Suma asigurată/ asigurat/ an, maxim de 5 ori.

7.5 În cazul spitalizării în spitale private, Asigurătorul va acoperi în limitele și conform condițiilor stabilite (durata, suma maximă), costurile spitalizării incluzând cazare, masă, consultații, proceduri și analize efectuate, investigații, precum și intervenția chirurgicală, onorariile și consumabilele medicale (seringi, ace, catetere, set perfuzii, fașe, pansamente, etc.) și medicamentele administrate de Spital pe durata spitalizării, excepție făcând medicamentele și orice alte materiale achiziționate de către Asigurat, cu sau fără prescripție medicală și orice alte materiale și dispozitive cu rol de proteză.

Costul examenelor histopatologice este acoperit numai în condițiile în care sunt necesare și recomandate de către medicul chirurg, probele biologice sunt recoltate în timpul intervenției chirurgicale din organele/ țesuturile asupra cărora s-a intervenit chirurgical și dosarul de daună este soluționat favorabil.

De asemenea, în cazul în care pentru spitalizare și/ sau intervenție chirurgicală efectuată în spital privat, Asiguratul beneficiază de decontarea cheltuielilor pentru serviciile medicale de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, indemnizația de asigurare acordată de Asigurător reprezintă contravaloarea contribuției personale a Asiguratului pentru serviciul prestat, în limita maximă a sumei asigurate/ asigurat/ an prevăzută în Poliță, conform Contractului de asigurare.

7.6 În acoperirea spitalizării pentru **copii cu vârsta până la 14 ani împliniți, este inclusă spitalizarea împreună cu un însoțitor.**

7.7 În cazul spitalizării în spitale publice, indemnizația de asigurare se calculează în limitele și conform condițiilor stabilite (durata, suma maximă) ca produs între indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare.

7.8 În **tabelul „Clasificarea intervențiilor chirurgicale”** sunt prezentate cele mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora. Dacă intervenția chirurgicală nu este prevăzută în tabel, atunci Asigurătorul va considera în limita sumei asigurate/ asigurat/ an, o indemnizație de asigurare similară cu cea pentru o intervenție chirurgicală cu același grad de dificultate.

7.9 Prin prezenta asigurare este acoperită, inclusiv spitalizarea și/ sau intervenția chirurgicală determinată de **eventuale complicații sau recidive ale primului eveniment** acoperit, apărute **pe perioada de valabilitate** a asigurării la maximum **40 de zile de la prima externare**. Acestea vor fi considerate ca parte a primului eveniment asigurat și despăgubite **în cadrul aceleiași limite a sumei asigurate/ asigurat/ an.**

7.10 Pentru avizarea scrisă, evaluarea și stabilirea dreptului la acordarea indemnizației de asigurare, Asiguratul trebuie să **prezinte Asigurătorului următoarele documente:**

- Formular tip pentru anunțarea evenimentului asigurat;
 - Declarația Asiguratului privind circumstanțele producerii evenimentului asigurat (pentru evenimente din accident) sau privind debutul afecțiunii (pentru evenimente din îmbolnăvire);
 - Copie carte identitate Asigurat, Solicitant, Beneficiar plată/ Pașaport pentru persoanele rezidente;
 - Bilet de externare și foaie de observație, cu mențiunea perioadei de spitalizare (ștampilat, datat, semnat, emis pe numele Asiguratului);
 - Documente medicale din care să rezulte data primei diagnosticări și evoluția/ stadiul afecțiunii, cum ar fi: adeverința medicală/ bilete de externare din spital/ foaie de observație/ raport medical/ scrisoare medicală sau investigații, istoric medical de la medicul de familie (copie dupa fișa de consultații medicale sau declarația acestuia);
 - Factură cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat.
- În cazul în care spitalizarea și/ sau intervenția chirurgicală s-a efectuat într-un spital privat și pentru care s-a făcut decontare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Asiguratul prezintă Asigurătorului factura emisă de spitalul privat pentru contribuția personală a acestuia, aferentă serviciului medical prestat, din care să rezulte în mod detaliat serviciile medicale prestate pe durata internării și costul aferent acestora;
- Bon fiscal/ document de plată din care să rezulte achitarea serviciului medical - documentele de plată din care să reiasă cheltuielile efectuate și care trebuie să cuprindă: numele persoanei tratate, data și diagnosticul, valoarea fiecărui serviciu medical efectuat.
 - Proces verbal emis de organele competente, rezultate analiză toxicologică, alcoolemia - numai pentru evenimente din accident. În cazul unui accident se pot solicita: procesul verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului, în cazul unui accident: declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemia, adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, etc. - copie.
 - În cazul decesului Asiguratului, pe lângă documentele prevăzute pentru spitalizare și/sau intervenție chirurgicală se solicită și copia certificatului de deces și copia certificatului medical constatator al decesului;
 - Alte documente solicitate de Asigurător, pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al indemnizației de asigurare.

7.11 Asigurătorul are dreptul să investigheze, prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile care au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale sau a oricărui serviciu medical acoperit de prezenta asigurare.

7.12 Pentru obținerea Indemnizației de asigurare, trebuie ca toate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului, să fie achitate.

7.13 Plata indemnizației de asigurare, **în cazul rambursării, se va face în termen de maxim 15 zile calendaristice de la data depunerii ultimului document** necesar stabilirii de către Asigurător, cu exactitate, a împrejurărilor și a cauzelor producerii riscului asigurat.

7.14 Plata indemnizației de asigurare prin decontare directă către furnizorul de servicii medicale se va face în lei. Pentru serviciile medicale accesate din străinătate, plata indemnizației de asigurare prin rambursare către Asigurat se va face în lei, la cursul BNR de la data plății.

7.15 Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata către acesta, a indemnizației de asigurare convenite, aferentă acestei asigurări, atunci indemnizația va fi plătită moștenitorilor ai Asiguratului.

7.16 Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat.

7.17 Asigurătorul nu va elibera Asiguratului/ Contractantului, copii ale documentelor emise de diverse instituții (medic de familie, spital, IML, poliție, parchet, etc.) decât în cazurile impuse de lege.

7.18 Începerea procedurii de stabilire și de evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a indemnizației de asigurare. Obținerea autorizării prealabile a intervenției chirurgicale nu reprezintă, nici ea, o garanție a recunoașterii obligației de plată a indemnizației de asigurare. Orice costuri neacoperite de prezenta asigurare sunt în sarcina Asiguratului.

8. EXCLUDERI

8.1 Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare Asiguratului, dacă riscul asigurat s-a produs direct sau indirect, total sau parțial ca urmare a:

- oricărei **condiții pre-existente datei de intrare în vigoare a asigurării**, dacă nu a fost **declarată de către Asigurat și acceptată de Asigurător prin mențiunile din Poliță**;
- consumului excesiv de medicamente, droguri, alcool, inhalării intenționate a unor substanțe nocive organismului sau administrării inadecvate a unor substanțe folosite în terapeutică;
- intervențiilor chirurgicale sau a tratamentelor care nu sunt acoperite prin prezenta asigurare, cum ar fi intervențiile estetice, cu excepția celor necesare din cauza unei vătămări corporale acoperite de acest contract;
- accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, sarcina, întreruperea voluntară de sarcină și complicațiile acestora, indiferent de vârsta sarcinii sau de motiv, avortul indus sau spontan, mica cezariană; nașterea care nu a avut loc în spital, cu excepția situațiilor neimputabile Asiguratului, în care a beneficiat de asistența cadrelor medicale autorizate (dispensare, unități ambulatoriu, ambulanța);
- oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau diagnosticate/ agravate în urma unui traumatism pe parcursul vieții, cum ar fi deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocele, hidrocele, hidronefroza congenitală, enumerarea nu este limitativă;
- SIDA, complexul asociat SIDA, boli cu transmitere sexuală sau dacă Asiguratul este depistat HIV pozitiv, HIV sau consecințele acestora, orice infecție, îmbolnăvire, pierdere sau cheltuială legată de HIV și/ sau orice boală asociată cu HIV, inclusiv SIDA și/ sau orice mutație derivată sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;
- accesării oricărui serviciu al medicinei experimentale, medicină alternativă, homeopatie etc.;
- schimbării de sex, recomandată sau nu;
- oricăror studii de determinare a hărții genetice și/ sau orice alte metode de diagnostic și/ sau tratament genetic;
- efectuării de transplant, donare de organe, tratamente ulterioare aferente acestora ca urmare a solicitărilor Asiguratului, fără să existe o necesitate medicală dictată de starea de sănătate a Asiguratului;

- oricărui tip de chirurgie bariatrică;
- oricărui tratament sau cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau de odihnă, centre de consult extern sau centru de reabilitare, case de convalescență sau în alte instituții similare, cure de dezalcoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie sau secții de recuperare medicală ale spitalelor;
- oricărui tip de afecțiune mentală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihică, depresie mentală sau dezordine mintală, tratament de odihnă sau de refacere în urma efectelor abuzului de alcool sau de droguri sau de substanțe similare;
- automedicației sau administrarea de către Asigurat a unor medicamente sau tratamente care nu au fost prescrise de către o autoritate medicală recunoscută sau care au fost folosite/ prescrise în urma participării la studii clinice;
- otrăvirii sau inhalării de gaze otrăvitoare, cu excepția situațiilor accidentale;
- epidemiei/ pandemiei, urgenței de sănătate națională sau globală.

8.2 Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare, în cazul în care, pe perioada asigurată, respectiv la data producerii riscului asigurat, Asiguratul se afla în una din situațiile de mai jos:

- a) este înrolat în serviciul militar sau este în misiune;
- b) practică sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatică (cu excepția scufundărilor organizate până la maxim 30 metri adâncime) sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria, schiul în afara pârtiilor amenajate, mersul cu motocicletă în afara drumurilor publice, mersul cu bicicleta pe teren accidentat (pe munte, pe dealuri) - enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă;
- c) zboară în calitate de pasager, pilot al unui aparat de zbor sau membru al echipajului, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane care efectuează zboruri pe rute regulate și cu orar afișat;
- d) tentativă de sinucidere sau de auto-rănire a Asiguratului și urmările acesteia, indiferent de starea de rațiune/ psihică a Asiguratului;
- e) comitere sau încercarea de a comite, cu intenție, de către Asigurat a unor acțiuni prevăzute și pedepsite de legea penală, imprudențe și/ sau neglijențe grave, precum și provocării cu intenție de către Asigurat și/ sau prin intermediul altei persoane;
- f) acțiunii directe a Asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge sau peste 0,4 la mie în aerul expirat;
- g) stare de război declarat sau nu, operațiuni de război, invazie, război civil, revoluție, rebeliune, grevă;
- h) insurecție, conspirație, acte de terorism sau sabotaj, evenimentelor violente cum ar fi lovituri de stat, legea marțială, starea de urgență, carantină, utilizarea de energie nucleară pe timp de pace sau de război, circumstanțe excepționale;
- i) explozii atomice, radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, sau infestări radioactive, contaminarea radioactivă urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
- j) catastrofe ecologice.

8.3 Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare în oricare dintre cazurile de mai jos:

- a) indiferent de situația medicală a Asiguratului, pentru alte servicii în afara celor detaliate în prezentele Condiții de asigurare;
- b) pentru un serviciu medical care nu a fost aprobat și/ sau acoperit de către Asigurător;
- c) pentru un serviciu medical executat în mod necorespunzător, efectuat altfel decât conform standardelor medicale, inclusiv ca urmare a malpraxisului;
- d) în cazul în care data producerii accidentului nu poate fi probată și/ sau leziunile produse în urma accidentului nu sunt consemnate într-un document medical;
- e) pentru cheltuieli de achiziționare sau reparare/ recondiționare a protezelor artificiale pentru diverse părți ale corpului sau aparatelor corectoare și auxiliare acestora, inclusiv pentru ochelari de vedere sau lentile de contact
- f) în legătură cu spitalizarea, după data de externare recomandată de către medicul specialist sau peste numărul de zile acoperit de prezenta asigurare.

9. RESPONSABILITĂȚILE CONTRACTANTULUI ȘI ALE ASIGURATULUI

9.1 Toate drepturile și obligațiile Asiguratului ce decurg din Contractul de asigurare și sunt confirmate de Polița de asigurare încetează de drept, la data la care Asiguratul nu mai este parte din Contractul de asigurare.

9.2 Asiguratul/ Contractantul este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate prin Oferta-Cerere de asigurare și celelalte documente ale Contractului de asigurare.

9.3 Contractantul se obligă să pună la dispoziția Asiguraților, Condițiile de asigurare și toate celelalte prevederi ale Contractului de asigurare.

9.4 Prin semnarea prezentelor Condiții Contractuale, Asiguratul și Contractantul asigurării sunt de acord că orice actualizare/ modificare a Condițiilor de asigurare, favorabilă Asiguratului, să fie comunicată direct prin intermediul paginii de internet a Asigurătorului, la adresa <https://www.groupama.ro>.

9.5 Semnarea documentelor integrante Ofertei-Cerere de asigurare este obligatorie de către Contractant/ Asigurat. Prin aceasta împuternicește Asigurătorul să obțină de la medicii curanți datele privind istoricul medical, starea de sănătate și tratamentul aplicat, dezlegându-i de secretul profesional.

Asiguratul, rudele sale sau reprezentanții legali trebuie să consimtă la examinarea medicală a Asiguratului de către medicii agreeți de Asigurător. Contractantul se obligă să comunice tuturor membrilor Grupului asigurat, prevederile Contractului de asigurare de grup și prevederile Condițiilor contractuale și ale oricăror alte prevederi agreeate între părți pe toată durata Contractului de asigurare de grup.

9.6 Pentru obținerea indemnizației de asigurare, Asiguratul are obligația să anunțe producerea riscului asigurat și să trimită la adresa de e-mail documente@groupama.ro sau prin intermediul serviciilor postale, la adresa sediului central al Asigurătorului, în termen de maxim 3 luni, documentele solicitate referitoare la producerea riscului asigurat și/ sau necesare la evaluarea acordării indemnizației de asigurare.

În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea prejudiciului suferit ca urmare a producerii riscului.

9.7 Asiguratul trebuie să respecte regulile furnizorilor de servicii medicale.

10. CORESPONDENȚA OFICIALĂ

10.1 Comunicările dintre părți se vor transmite prin e-mail, poștă sau curier, la adresa menționată în Polița de asigurare, ori prin alte mijloace de comunicare ce permit păstrarea confirmării de primire.

10.2 În cazul în care una dintre părți și-a schimbat adresa de corespondență fără o notificare scrisă a celeilalte părți contractante, corespondența trimisă la adresa menționată în Polița de asigurare va avea efect juridic deplin pentru toate părțile Contractului de asigurare.

11. CHELTUIELI, DOBÂNZI ȘI TAXE

11.1 Contractul de asigurare nu are valoare de răscumpărare și nici participare la profit, atât în cazul rezilierii Contractului, cât și în cazul denunțării acestuia.

11.2 Cheltuielile cu primele de asigurare voluntare de sănătate sunt deductibile conform Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal.

11.3 În ceea ce privește regimul fiscal al veniturilor din despăgubiri, acestea reprezintă venituri neimpozabile pentru persoanele fizice beneficiare.

11.4 Operațiunile de asigurare de sănătate sunt scutite de taxa pe valoarea adăugată.

11.5 Toate taxele, onorariile și impozitele care se referă la plata primelor de asigurare vor fi plătite de către Contractant/ Asigurat, împreună cu primele de asigurare corespunzătoare.

11.6 Taxele și onorariile notariale, spezele bancare, cât și eventualele impozite datorate pentru primirea indemnizațiilor de la Asigurător, conform acestui Contract, vor fi suportate de Asigurat.

12. TERITORIALITATE

Prezența asigurare acoperă riscurile asigurate produse atât în **România, cât și în străinătate**. Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

13. PREVEDERI FINALE

13.1 Contractul de asigurare este guvernat de legislația română în vigoare, privind asigurările și reasigurările, și de prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții de asigurare. Orice litigiu privind Contractul de asigurare este de competența instanțelor judecătorești din România.

13.2 Există posibilitatea ca Asigurătorul să includă în Contractul de asigurare, cu acordul părților, unele prevederi diferite față de cele menționate în prezentele Condiții de asigurare, dacă este necesar pentru scopul și natura asigurării. Eventualele diferențe nu pot deroga de la stipulațiile obligatorii ale legislației în materie.

13.3 Asigurătorul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o **sanctiune, o interdicție sau o restricție** prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite, și/ sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.

13.4 **Forța majoră** exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin Contractul de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Forța majoră este constatată de o autoritate competentă. Îndeplinirea contractului 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 imediat și în mod complet, celeilalte părți, 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 șase luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea deplin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune – interese.

13.5 În cazul **constatării insolvenței** Asigurătorului, Contractantul sau Asiguratul se pot adresa Fondului de garantare conform Legii nr. 213/2015.

13.6 Soluționare alternativă a litigiilor:

În cazul apariției unor eventuale dispute între părțile contractului de asigurare, ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, Contractantul, în calitate de consumator, poate apela la soluționarea alternativă a litigiului în conformitate cu prevederile Regulamentului A.S.F. nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar non-bancar (SAL-FIN) și ale O.G. nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți. Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, trebuie să se adreseze 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>. Aceste demersuri nu îngrădesc dreptul Contractantului de a formula reclamații la adresa Asigurătorului și de a se adresa instanțelor de judecată competente.

13.7 În cazul în care Contractantul sau Asiguratul sau Beneficiarii sunt nemulțumiți de soluționarea cererilor privind Contractul de asigurare se pot adresa Autorității de Supraveghere Financiară, autoritatea responsabilă cu supravegherea și controlul dispozițiilor legale în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare.

13.8 Soluționarea petițiilor:

În situația în care Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarul este nemulțumit cu privire la modul de încheiere, executare sau încetare a contractului de asigurare, poate formula o petiție, în vederea soluționării amiabile a situației.

Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:

- în scris, prin depunerea reclamației la sediul central sau în agențiile teritoriale Groupama Asigurări;
- prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier;

- prin fax la numărul 021/280 99 67 sau telefonic, apelând Centrul de Relații Clienți Alo Groupama la numărul 0374 110 110;
- prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresele de e-mail: office@groupama.ro sau relatii.clienti@groupama.ro sau sesizari@groupama.ro;

Asigurătorul va răspunde cu privire la toate aspectele menționate în petiție, în termen de cel mult 30 zile calendaristice de la data înregistrării acesteia, printr-o adresă scrisă, comunicată pe adresa petentului. Totodată, Contractantul are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară. Formularea unei petiții de către Contractant sau Asigurat nu îngrădește dreptul de a sesiza instanțele de judecată competente.

13.9 Toate informațiile obținute de Asigurător din documentele care fac parte din Contractul de asigurare se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.

13.10 În general, Groupama Asigurări SA **prelucrează datele cu caracter personal** furnizate direct de Contractant sau Asigurat, cu ocazia solicitării unei oferte de asigurare sau în vederea încheierii unui contract de asigurare. În același timp, în cadrul unor produse de asigurare contractate de alte persoane, Groupama Asigurări SA poate prelucra datele cu caracter personal (date de identificare, de contact, vârsta, etc.) furnizate de Contractantul asigurării, în cazul în care sunteți desemnat Asigurat sau Beneficiar al asigurării.

Prelucrarea datelor cu caracter personal este necesară pentru încheierea contractului de asigurare, în caz de refuz, Groupama

Asigurări neputând să încheie sau să execute contractul vizat.

Datele cu caracter personal sunt prelucrate în baza următoarelor temeiuri juridice:

- în vederea încheierii și derulării contractului de asigurare, în special pentru a) evaluarea riscurilor și calculul primelor de asigurare, inclusiv prin crearea de profiluri, b) administrarea contractului, c) administrarea daunelor, d) comunicarea cu dvs. pe parcursul executării contractului și în caz de daună;
- în vederea îndeplinirii obligațiilor legale sau a cerințelor reglementare aplicabile Groupama Asigurări SA, cum ar fi a) îndeplinirea obligațiilor de prevenire și combatere a spălării banilor și a finanțării actelor de terorism sau de aplicare a sancțiunilor internaționale, b) soluționarea petițiilor, c) obligații de raportare, d) evidența documentelor operaționale și financiar-contabile;
- în vederea realizării unor interese legitime ale Groupama Asigurări SA, în special pentru a) prevenirea fraudelor și a plăților nejustificate în cadrul dosarelor de daună; b) reasigurare, c) investigarea nivelului de adecvare a produsului la piața țintă stabilită; d) analize statistice/ actuariale; e) studii de cercetare; f) recuperarea creanțelor; g) scopuri de marketing și informare despre serviciile și produsele noastre, precum și pentru îmbunătățirea permanentă a calității serviciilor și produselor oferite (inclusiv transmiterea de știri, promoții și oferte de produse și servicii, în anumite condiții), h) acțiuni de regres;
- în baza consimțământului, ca de exemplu în cazul a) înregistrărilor audio ale convorbirilor telefonice, b) cookie-urilor, c) anumitor prelucrări în scop de marketing.

În situațiile de prelucrare automată, Groupama Asigurări SA garantează dreptul de a obține intervenție umană din partea Groupama Asigurări SA, de a exprima punctul de vedere și de a contesta decizia prin adresarea unei solicitări în acest sens, pe adresa dpo@groupama.ro.

Datele cu caracter personal privind sănătatea (cum ar fi: date privind starea de sănătate fizică și psihică sau afecțiunile medicale declarate în chestionarele medicale și/ sau care rezultă din analizele medicale efectuate la încheierea unui contract de asigurare, datele medicale colectate de la furnizorii de servicii medicale pentru decontarea serviciilor accesate de către Asigurat, datele medicale colectate în procesul de despăgubire în cazul unui eveniment asigurat) sunt prelucrate doar atunci când este necesar. Prelucrarea lor se realizează conform condițiilor de asigurare aplicabile, pentru: evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare, accesarea serviciilor medicale asigurate și decontarea acestora și determinarea cuantumului despăgubirii convenite. Conform art.3 din Legea 190/2018, temeiul legal al prelucrării acestor date îl reprezintă dispozițiile legale exprese din Codul Civil și din Norma Autorității de Supraveghere Financiară 19/2018.

Groupama Asigurări SA poate transmite datele cu caracter personal, în vederea îndeplinirii obligațiilor sale legale sau decurgând din executarea contractului de asigurare către următorii destinatari/ categorii de destinatari: Autoritatea de Supraveghere Financiară, Oficiul Național de Prevenire și Combatere a Spălării Banilor,

autoritatea judecătorească, organe de urmărire sau cercetare penală, institute naționale/ servicii teritoriale de expertiză, alte autorități publice centrale sau locale, alți asigurători sau reasigurători, intermediari în asigurări/ reasigurări, alte entități din grupul Groupama, consultanți sau prestatori de servicii, alte persoane sau instituții publice sau private, în cazul în care furnizarea datelor cu caracter personal este necesară pentru a da curs unei solicitări care are la bază un temei legal ori pentru îndeplinirea obiectului de activitate sau pentru respectarea obligațiilor decurgând din contractul de asigurare.

Transferul datelor personale către țări terțe

În cadrul executării contractului de asigurare încheiat, Groupama Asigurări SA ar putea fi pusă în situația de a transfera datele personale către țări terțe (din afara Spațiului Economic European). În acest caz, Groupama Asigurări SA se va asigura fie că transferul se face către o țară care asigură un nivel adecvat de protecție, fie va lua garanții suplimentare adecvate de protecție a datelor personale, cum ar fi implementarea de clauze contractuale standard aprobate la nivel european sau reguli corporatiste obligatorii.

Pentru a obține mai multe informații despre garanțiile aplicabile în caz de transfer către o țară terță sau pentru a obține o copie a acestora, se poate transmite o cerere la sediul Groupama Asigurări SA din București, strada Mihai Eminescu, nr. 45, sector 1 sau la adresa de e-mail dpo@groupama.ro.

Durata stocării datelor cu caracter personal

Datele cu caracter personal sunt stocate pe perioada necesară pentru a respecta diversele obligații legale sau reglementare. În cazul contractelor de asigurare, dosarele clienților sunt păstrate de regulă 10 ani de la expirarea poliței sau de la ultima operațiune pe dosarul respectiv (oricare dintre acestea intervine mai târziu), iar în cazul ofertelor neurmte de încheierea unui contract de asigurare datele sunt păstrate de regulă maxim 2 luni, dacă nu există un interes legitim sau o cerință legală care să justifice continuarea prelucrării. La expirarea termenului de păstrare, datele vor fi șterse.

Drepturile Contractantului în calitate de persoană vizată

În calitate de persoană vizată, are următoarele drepturi:

- de acces – poate obține informații în legătură cu prelucrarea datelor cu caracter personal, precum și o copie a acestora;
- la rectificare – poate solicita completarea sau actualizarea datelor cu caracter personal, în cazul în care sunt incomplete sau inexacte;
- de a fi uitat – în anumite situații, poate solicita ștergerea datelor cu caracter personal;
- la restricționarea prelucrării – în anumite situații, poate solicita prelucrarea condiționată a datelor cu caracter personal până la soluționarea anumitor operațiuni referitoare la date;
- la opoziție – în situația prelucrării întemeiate pe realizarea unor interese legitime, se poate opune motivat unei astfel de prelucrări;
- la portabilitatea datelor – poate solicita transmiterea datelor cu caracter personal furnizate și prelucrate prin mijloace automate într-un format structurat, care poate fi citit automat.

Fiecare drept dintre cele de mai sus se poate exercita prin trimiterea unei cereri scrise, semnate și datate, la sediul Groupama Asigurări SA din București, strada Mihai Eminescu, nr. 45, sector 1 sau la adresa de e-mail dpo@groupama.ro.

În situația în care considerați că drepturile nu sunt respectate, Contractantul se poate adresa responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal la adresa de mai sus sau poate depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal (ANSPDCP).

În cazurile în care temeiul prelucrării datelor personale este consimțământul, poate refuza prelucrarea.

Are de asemenea dreptul de a retrage oricând consimțământul acordat, fără însă a afecta legalitatea prelucrărilor intervenite până la acel moment. În acest scop, poate transmite către Groupama Asigurări SA intenția de retragere a consimțământului, în scris, la următoarea adresă: București, strada Mihai Eminescu, nr. 45, sector 1 sau la adresa de e-mail: dpo@groupama.ro.

Datele de identificare și de contact ale Operatorului

Groupama Asigurări SA, cu sediul social în București, strada Mihai Eminescu, nr. 45, sector 1, CUI 6261812, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/2857/2010, e-mail: office@groupama.ro, tel: 021/275 80 00, fax: 021/280 99 67.

Responsabilul cu protecția datelor poate fi contactat la adresa de e-mail: dpo@groupama.ro.

13.11 Pentru orice alte informații legate de Asigurarea de sănătate - spitalizare și chirurgie, vă rugăm să vă adresați direct reprezentantului dumneavoastră de vânzări sau să consultați site-ul oficial al Asigurătorului: www.groupama.ro.

13.12 **Prezentele Condiții generale de asigurare intră în vigoare la data de 7 februarie 2021** și se vor aplica tuturor Contractelor de asigurare încheiate după această dată.

Sunt **clauze neuzuale și acceptate expres** de către Asigurat/ Contractant, prin semnarea Poliței de asigurare, următoarele articole: 2.11, 3.3, 3.4, 5.1 - 5.6, 7.2 - 7.3, 7.11 - 7.13, 8.1 - 8.3, 9.4 - 9.6., 12, 13.1, 13.3

14. DEFINIREA TERMENILOR

Accident	orice eveniment survenit brusc, neașteptat, sub acțiunea unei cauze externe și independent de voința Asiguratului și independent de orice boală pre-existentă fizică sau psihică a acestuia, a cărei consecință directă este producerea unei vătămări corporale dovedite prin documente, care a necesitat tratament și îngrijire medicală. Sunt acoperite numai accidentele produse în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.
Asigurare de bază	contract reglementat prin Condițiile generale de asigurare, la care pot fi atașate Asigurări suplimentare.
Asigurat	persoana fizică a cărei stare de sănătate face obiectul Contractului de asigurare, cu vârsta la intrarea în asigurare/ reînnoire cuprinsă între 1 zi și 65 ani împliniți . Asiguratul poate fi, conform Tabelului nominal, de tip principal, angajat/ membru al grupului sau de tip dependent, soț/ soție/ partener sau copil în vârstă de maxim 18 ani al angajatului/ membrului grupului. Pentru adăugarea în asigurare a copiilor nou născuți este necesar ca pentru aceștia să fi fost eliberat certificatul de naștere și să se fi încheiat perioada de spitalizare ca urmare a nașterii. O persoană poate avea calitatea de Asigurat într-un singur Contract de Asigurare de sănătate - spitalizare și chirurgie.
Asigurător	GROUPAMA ASIGURĂRI S.A., cu sediul în str. Mihai Eminescu nr. 45, Sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului sub nr. J40/2857/2010, C.U.I. 6291812, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înscrisă în Registrul asigurătorilor și reasigurătorilor sub nr. RA-009/10.04.2003, Cod LEI 549300EO4TPESE4LEE73.
Boală	orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau ale celor de laborator, specifice. Nu este considerată boală orice alterare bruscă a stării de sănătate a unei gravide, care pune în pericol evoluția favorabilă a sarcinii și a stării de sănătate a acesteia.
Chirurgie/ intervenție chirurgicală	orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra persoanei asigurate, pe durata unei internări în spital, de către un medic chirurg și considerată necesară de către un medic specialist, procedură efectuată inclusiv prin utilizarea unor metode alternative mai puțin invazive precum laser, radiofrecvență, embolizare, acțiune curativă prin intermediul unui endoscop sau alte tehnici care nu implică obligatoriu o incizie, procedură care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale, pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de persoana asigurată, ca urmare a

	consecințelor unui accident sau ale unei boli și care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății.
Condiție pre-existentă	orice boală sau vătămare corporală, inclusiv consecințele acestora, care a fost diagnosticată de un medic și/ sau s-a manifestat simptomatic înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare, indiferent dacă a făcut sau nu obiectul îngrijirii și/ sau al tratamentului
Contractant	persoana ce încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul pentru asigurarea unui risc privind Grupul asigurat și care se obligă să plătească prima de asigurare.
Contract de asigurare	actul juridic care se încheie între Contractant/ Asigurat și Asigurător, prin care asigurătorul se obligă ca, la producerea riscului asigurat, să achite Indemnizația de asigurare, în termenii și limitele convenite, în schimbul primei de asigurare plătită. Contractul de asigurare cuprinde: <ul style="list-style-type: none"> • Oferta-Cerere de asigurare; • Condițiile de asigurare; • Chestionarul medical; • Tabelul nominal cu persoanele asigurate; • Polița de asigurare; • Certificat de asigurare; • Alte documente necesare încheierii Contractului de asigurare și evaluării riscului; • Alte documente și/ sau condiții convenite între părți.
Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin prezenta Asigurare și care duce la o nouă spitalizare sau intervenție chirurgicală.
Data reînnoirii	data la care s-a împlinit 1 (un) an de la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare sau de la ultima reînnoire a Contractului de asigurare, la care are loc încheierea unei polițe de asigurare pentru același Grup asigurat în continuarea perioadei de asigurare anterioare .
Excluderi din asigurare	situațiile expres prevăzute în Condițiile de asigurare în care Asigurătorul este exonerat de obligația de plată a indemnizației/ prestației din asigurare, deși riscul asigurat s-a produs.
Grup asigurat	Angajații/ membrii activi ai organizației/ grupului și dependenții acestora, respectiv persoanele eligibile desemnate de Contractant, pentru a beneficia de asigurare. Număr minim de persoane pentru constituirea Grupului asigurat este de 5 persoane angajați/ membri activi ai organizației/ grupului. Numele membrilor grupului asigurat vor fi specificate în Tabelul nominal anexa la Polița de asigurare. Pentru fiecare grup asigurat Contractantul trebuie să se aleagă un nivel al Sumei asigurate/ asigurat/ an pentru Asigurarea de bază, rețeaua/ opțiunea de accesare fiind aceeași pentru toți Asigurații aflați pe aceeași Poliță .
Indemnizație de asigurare	suma de bani care trebuie plătită de Asigurător Asiguratului, în cazul producerii riscului asigurat , în limita maximă a sumei asigurate și corespunzător Contractului de asigurare.
Necesitate medicală	stare a Asiguratului ce impune accesarea serviciilor medicale , confirmată prin documente medicale.

Pentru stabilirea necesității medicale și a furnizării serviciului medical în circumstanțele medicale date, Asigurătorul va lua în considerare: informațiile obținute privind starea de sănătate a Asiguratului; literatura medicală de specialitate; rapoarte și ghiduri medicale publicate de organizațiile naționale de sănătate recunoscute, care includ date științifice concludente; standarde profesionale de siguranță și eficiență pentru diagnostic, asistență medicală și tratament, recunoscute în România; opinia unor specialiști medicali recunoscuți în specialitățile implicate de afecțiunea sau leziunea în cauză; orice altă informație relevantă adusă la cunoștința Asigurătorului.

Perioada de așteptare	perioada de timp, calculată de la includerii în Grupul asigurat, în care este exclusă răspunderea asigurătorului. Pentru această perioadă există obligația de plată a primelor de asigurare, dar Asigurătorul nu acoperă evenimentul asigurat și nu plătește indemnizații de asigurare.
Polița de asigurare/ Certificat de asigurare	document eliberat de Asigurător care atestă încheierea Contractului de asigurare
Primă de asigurare	suma de bani datorată de Contractant/ Asigurat, în schimbul asumării riscului de către Asigurător
Risc asigurat	eveniment viitor, posibil, incert, definit în prezentele Condiții de asigurare, la producerea căruia Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare ; producerea riscului asigurat dă naștere obligației asigurătorului de plată a indemnizației din asigurare numai dacă aceasta are loc pe durata valabilității asigurării.
Recidivă	reaparitia bolii sau a condiției medicale a Asiguratului care a impus tratamentul sau intervenția chirurgicală recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unei noi spitalizări sau intervenții chirurgicale.
Scadența primei de asigurare	reprezintă data prevăzută în Polița de asigurare până la care Contractantul achită prima de asigurare, astfel încât protecția oferită de asigurare să fie valabilă.
Spital	unitate sanitară, publică sau privată, care deține o licență de spital, care funcționează conform legii și dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate 24 de ore pe zi, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și de servicii de diagnostic și tratament, în regim permanent, pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, instituțiile de recuperare a stării de sănătate, instituțiile pentru tratarea de boli psihice, centrele de îngrijire, casele de odihnă, sanatoriile și cabinetele fizioterapeutice, secțiile din spitale destinate recuperării medicale (fizioterapie și kinetoterapie) nu sunt considerate spitale. Asiguratul poate beneficia de servicii medicale în spitale, conform Opțiunii de accesare din Polița de asigurare.
Spitale partenere Groupama	Spitalele cu care Asigurătorul are contract de colaborare și în care Asigurații au acces la servicii medicale de spitalizare și chirurgie decontate direct între Asigurător și Spital . Lista este disponibilă pe site-ul oficial al Asigurătorului: www.groupama.ro .
Spitalizare	perioada continuă de internare într-un spital, minim o noapte, exprimată în număr de nopți , considerată necesară de un medic de specialitate ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri acoperite prin prezentul Contract de asigurare. Spitalizarea cuprinde totalitatea serviciilor medicale efectuate în spital la recomandarea medicului, în legătură directă cu necesitatea medicală, precum și serviciul de masă și cazare.

Suma asigurată/
an

limita maximă a indemnizației de asigurare, specificată în Polița de asigurare și pe care Asigurătorul o poate plăti în cazul producerii riscului asigurat, **pe durata unui an de asigurare**.

Valoarea sumei asigurate este aceeași, atât pentru Asiguratul de tip principal, cât și pentru dependent.

ANEXA 1. CLASIFICAREA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE

Indemnizația pentru intervenții chirurgicale se calculează prin aplicarea procentului la suma asigurată/ asigurat/ an în acord cu dificultatea intervenției chirurgicale specificată mai jos.

Dificultate	Procent din suma asigurată/ eveniment
FOARTE MARE	100%
MARE	75%
MEDIE	50%
MICĂ	25%
FOARTE MICĂ	10%

CAP-GÂT

Carcinom al buzelor cu rezecția ganglionilor regionali	MARE	Operație pentru tumoră a glandei parotide	MARE
Glosectomie parțială	MARE	Tiroidectomie	MARE
Carcinom al limbii cu rezecția totală a glandelor	MARE	Rezecția glandelor salivare	MEDIE
Operație radicală pentru tumoră malignă a cerului gurii	MARE	Rezecția unei litiaze salivare	MICĂ
Rezecția totală a glandelor limfatice ale gâtului (Block Dissection)	MARE	Operație plastică a buzelor (consecința unui accident)	MICĂ
Rezecția maxilarului	MARE		

OPERAȚII OTORINOLARINGOLOGICE

Timpanoplastie	MARE	Traheotomie	MEDIE
Intervenție chirurgicală în urechea internă	MARE	Sept nazal	MICĂ
Laringectomie	MARE	Intervenție chirurgicală asupra sinusului maxilar	MICĂ
Operație plastică a corzilor vocale	MARE	Rezecția polipilor nazali	MICĂ
Mastoidectomie	MEDIE	Amigdalectom (Tonsilectomie)	MICĂ
Intervenție chirurgicală în urechea medie - Stapedectomie (rezecția microexcreștențelor)	MEDIE		

OPERAȚII OFTALMOLOGICE

Extirparea ochiului	FOARTE MARE	Vitrectomie	MARE
Blefaroplastie (operație plastică a pleoapelor)	MARE	Rezecția glandelor lacrimare	MEDIE
Cheratoplastie (plastia corneei)	MARE	Operație pentru strabism	MEDIE
Iridectomie sau iridotomie	MARE	Operarea mușchilor oftalmici	MEDIE
Cataractă	MARE	Ectropion sau entropion	MICĂ
Glaucom	MARE	Tarsorafie	MICĂ
Dezlipirea retinei	MARE	Rezecția hipertrofiilor bulbare de țesut conjunctiv și subconjunctiv (pterigion)	MICĂ

OPERAȚII NEUROCHIRURGICALE

Tumori ale creierului benigne, maligne	FOARTE MARE	Intervenție chirurgicală pe creier sau pe meninge	MARE
Intervenție chirurgicală pentru fractură craniană	MARE	Rezecția meningelui	MARE
Cranioplastie	MARE	Drenaj de evacuare	MICĂ

NERVI CRANIENI

Operație pe nervul auditiv	MARE
----------------------------	------

NERVI PERIFERICI

Neurectomie (rezecția unui segment al unui nerv)	MARE	Rezecția locală a tumorilor de nerv periferic (ex. neurinom)	MEDIE
Neurosutură primară sau secundară	MARE		

MĂDUVA SPINĂRII

Transplant de măduvă	FOARTE MARE	Tumori ale măduvei spinării	MARE
Cordotomie	MARE	Rizotomie	MEDIE
Laminectomie	MARE		

OPERAȚII TORACICE

Pneumonectomie totală	FOARTE MARE	Toracotomie	MARE
Operație pe cord și aortă	FOARTE MARE	Lobectomie	MARE
Operație BY PASS	FOARTE MARE	Operație pentru chist hidatic pulmonar	MARE
Disecția aortei abdominale	FOARTE MARE	Toracoplastie	MARE
Transplant aortofemural	FOARTE MARE	Operație de mediastin și esofag	MARE
Transplant aortoiliac	FOARTE MARE	Operație Heller pentru cardiospasm	MARE
Transplant pentru BY PASS	FOARTE MARE	Operație pentru cancerul esofagului cu plastie din intestinul gros	MARE

VE NE

Hipertensiune portală (Anamostoza porto-cavă)	FOARTE MARE	Hipertensiune portală (Operație Berema - Crill)	FOARTE MARE
Hipertensiune portală (Anamostoza Splenorenală)	FOARTE MARE		

ABDOMEN

Anastomoze bilio-digestive	FOARTE MARE	Proptosis rectal (intervenție chirurgicală abdominală)	MARE
Proctoectomie (ectectomie) totală	FOARTE MARE	Hernii (inghinală unilaterală sau bilaterală, hernie femurală, hernia liniei albe	MEDIE
Rezecția perineoceliacă a rectului	FOARTE MARE	Jejunostomie - Ileostomie - Transverstostomie - Sigmoidostomie	MEDIE

Gastrectomie totală pentru cancer	FOARTE MARE	Apendicectomie .	MEDIE
Celiocel (laparocel) vizibil postoperator	MARE	Laparotomie	MEDIE
Hernie hiatală (Hiatus hernia)	MARE	Sutura ulcerului perforat	MEDIE
Gastrectomie pentru ulcer	MARE	Obstrucție intestinală fără rezecția intestinului	MEDIE
Vagotomie, piloroplastie, antrectomie cu gastroenteroanastomoză	MARE	Ocluzie intestinală fără rezecția intestinului	MEDIE
Vagotomie supraselectivă și piloroplastie	MARE	Hemoroidectomie	MEDIE
Rezecția diverticulilor duodenali	MARE	Stenoză circulară	MICĂ
Rezecția unui fragment al intestinului subțire și anastomoză	MARE	Rezecția polipilor rectali	MICĂ
Volvulus (ocluzie intestinală)	MARE	Fistulă perianală	MICĂ
Obstrucție intestinală cu rezecția intestinului	MARE	Abces perianal – incizie	MICĂ
Rezecția unei părți (fragment) a intestinului gros cauzată de cancer, de o tumoare sau de o inflamație	MARE		
FICAT ȘI CĂI BILIARE			
Incizia și drenajul abcesului hepatic	MARE	Colecistectomie	MARE
Hepatectomie parțială	MARE	Operație pe canalul biliar	MARE
Chist hidatic, marsupializare, drenaj sau alte intervenții	MARE		
PANCREAS			
Pancreatoduodectomie	FOARTE MARE	Chist pancreatic	MARE
Cancer al capului pancreasului	MARE	Sfincterectomie	MARE
SPLINĂ - SUPRARENALĂ			
Rezecția glandelor suprarenale sau a unei tumori a acestora	FOARTE MARE	Splenectomie (Lienectomie)	MARE
SISTEMUL SIMPATIC			
Simpatectomie bilaterală (Rezecția bilaterală a sistemului simpatic - ganglioni și/ sau nervi)	MARE	Simpatectomie unilaterală (Rezecția unilaterală a sistemului simpatic - ganglioni și/ sau nervi)	MEDIE
GANGLIONI ȘI GLANDE LIMFATICE			
Rezecția “en block” a ganglionilor și glandelor limfatice din zona axilei sau inghinală	MARE	Boala Hodgkin	MARE
OPERAȚII UROLOGICE			
Pieloplastie	FOARTE MARE	Prostatectomie	MARE
Cistotomie suprapubică	FOARTE MARE	Amputarea penisului (totală sau parțială)	MARE

Cistectomie totală (cu transplant de uretere)	FOARTE MARE	Orchiectomie - Epididimectomie - Extirparea chistului unui vas deferent	MEDIE
Pielotomie cu extracția calculilor renali	MARE	Cistectomie parțială	MEDIE
Ureterotomie cu extracția calculilor ureterali	MARE	Hidrocel	MEDIE
Nefrostomie	MARE	Varicocel	MEDIE
Transplant de uretere	MARE	Rezeecția calculilor vezicii urinare prin operație	MEDIE
Rezeecția unui diverticul al vezicii urinare	MARE	Peritomie	MICĂ
SÂN			
Mastectomie simplă cu adenectomie	MARE	Mastectomie simplă	MEDIE
Mastectomie totală	MARE	Rezeecția unei tumori sau chist al sânului sau ectomie parțială a sânului	MICĂ
OPERAȚII GINECOLOGICE			
Histerectomie Wertheim	FOARTE MARE	Ovarectomie – Salpingectomie	MEDIE
Colporafie anterioară și posterioară	MARE	Rezeecția unei tumori miofibroase	MEDIE
Histerectomie vaginală	MARE	Rezeecția unui chist ovarian	MEDIE
Histerectomie (parțială sau totală)	MARE	Rezeecția locală a afecțiunilor colului uterin	MICĂ
Colporafie numai anterioară sau posterioară	MEDIE	Naștere vaginală	MICĂ
Rezeecția glandei Bartholin	MEDIE	Naștere cezariană	MEDIE
Rezeecția polipilor colului uterin	MICĂ		
PIELE ȘI ȚESUTURI CUTANATE ȘI SUBCUTANATE			
Melanom malign, operare radicală sau operație plastică	MARE	Transplant de piele, grefă simplă	MICĂ
Grefă pedunculară	MEDIE	Sutură plăgi (postraumatică)	MICĂ
Rezeecția unei tumori a pielii sau a țesuturilor subcutanate	MICĂ	Incizia și drenajul inflamațiilor, sutura contuziilor	FOARTE MICĂ
Rezeecția unor mici procese inflamative sau congenitale ale pielii	MICĂ	Rezeecția microtumorilor benigne inflamative sau a altor afecțiuni (flegmoane ale pielii, înrudite cu acestea)	FOARTE MICĂ
Chist al coccisului	MICĂ		
DIVERSE			
Anastomoze arteriovenoase (Șunt)	MARE	Sinus pilonidal	MICĂ
TENDOANE ȘI LIGAMENTE			
Ligamentoplastie	MEDIE	Tenotomie	MICĂ
Transplant de tendoane	MEDIE	Sutura tendoanelor	MICĂ
OPERAȚII ORTOPEDICE			
Închiderea unei fracturi deschise (pe oase lungi)	MARE	Rezeecție bursă la articulație mare	MEDIE
Operarea unei fracturi complicate a oaselor lungi	MARE	Amputarea penisului (totală sau parțială)	MEDIE

Artroplastie a unei articulații mari	MARE	Osteosinteză oase scurte	MEDIE
Osteotomie a oaselor lungi	MARE	Reducerea sub narcoză a unei fracturi închise	MICĂ
Osteosinteză oase lungi	MARE	Rezecția unei exostoze	MICĂ
Închiderea unei fracturi deschise a altor oase	MEDIE	Rezecție bursă la articulație mică	MICĂ
Artrotomie care cuprinde și rezecția corpului liber	MEDIE	Rezecția unui ganglion	MICĂ
Operație de menisc	MEDIE		
MEMBRE SUPERIOARE			
Operație pentru luxație humerală repetată	MEDIE	Operație pentru sindromul tunelului carpian	MEDIE
MEMBRE INFERIOARE			
Fractură cervicală a femurului	MARE	Excizia rotulei	MEDIE
Artrodeza triplă (tripla rigidizare a unei articulații)	MARE	Operație pentru valgus a degetului mare	MEDIE
Patelectomie	MEDIE		
AMPUTĂRI			
De la umăr	MARE	De la coapsă	MARE
De la braț	MARE	De la tibie	MARE
De la cot	MARE	De la articulația talocrurală (gleznă)	MARE
De la antebrăț	MARE	De la metatarsus sau metacarpus	MEDIE
De la carpus (articulația radiocarpiană)	MARE	Amputări de degete	MEDIE
De la articulația șoldului	MARE		

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU SĂNĂTATE EMOȚIONALĂ

1. INFORMAȚII INTRODUCTIVE

1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.

1.2 Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

1.3 Contractantul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a **contractat Asigurarea de bază**.

2. SERVICII ACOPERITE

Asigurarea suplimentară oferă **acces Asiguratului** în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, dacă a fost plătită prima de asigurare **la un pachet de servicii de sănătate emoțională** furnizat de partenerul Groupama:

- 4 sesiuni de 50 de minute cu specialiști licențiați și certificați în psihoterapie și coaching
- consiliere virtuală prin asistentul inteligent disponibil 24/7
- resurse online de autoeducare
- acces la webinarii cu exerciții și sfaturi utile pentru menținerea stării de bine și a echilibrului emoțional

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

3.1 Prezenta asigurare suplimentară poate fi încheiată Asiguratului începând cu vârsta de 16 ani împliniți, vârsta maximă de contractare fiind 65 de ani.

3.2 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu Asigurarea de bază sau la reînnoirea Contractului de asigurare**, în situația în care Contractantul a optat pentru aceasta.

3.3 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de **un an, cu posibilitate de reînnoire**.

3.4 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare, odată cu Asigurarea de bază.

3.5 Asigurarea **încetează** odata cu încetarea Contractului de Asigurare de bază, conform Condițiilor generale de asigurare sau la solicitarea expresă a Contractantului, la finalul unui an contractual.

3.6 În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă Asigurarea suplimentară pentru Sănătate emoțională, Contractul se reînnoiește fără această componentă.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de serviciile acoperite.

4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei asigurări suplimentare, sunt identice cu cele ale Asigurării de bază.

4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. ACCESAREA SERVICIILOR ACOPERITE

5.1 Pentru accesarea serviciilor acoperite, pe perioada de valabilitate a asigurării, este necesară:

- **Înregistrarea** pe site-ul www.4mind.ro folosind adresa de e-mail și CNP-ul pentru completarea câmpului Cod unic/ Email.
- Alegerea specialistului și **realizarea unei programări** - lista specialiștilor și adresele lor de mail sunt actualizate în permanență și puse la dispoziția Asiguraților pe pagina <https://www.4mind.ro/reteaua-4mind/>
- Folosind numărul de telefon înregistrat se accesează programarea pentru ședința de terapie.
- Asistentul virtual de wellbeing Serena este disponibil pe pagina <https://www.4mind.ro/serena/>
- Sfaturi de la specialiști sunt disponibile în secțiunea Selfhelp <https://www.4mind.ro/selfhelp/>

5.2 Asiguratul va avea acces la numărul de sesiuni rămase după fiecare accesare a serviciilor.

6. PREVEDERI FINALE

Prevederile aferente Condițiilor specifice constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/Contractant prin semnarea Poliței de asigurare.

7. DEFINIREA TERMENILOR

Partenerul Groupama	furnizor de servicii de sănătate emoțională cu care Asiguratorul are contract de colaborare și la care Asigurații au acces la servicii prestate de specialiști autorizați și certificați în domeniile de sănătate mintală (consiliere psiho-terapeutică și alte tipuri de servicii conexe) care reprezintă servicii de prevenție pentru riscurile de spitalizare, cheltuieli medicale și convalescență din cadrul contractelor de asigurare de sănătate.
------------------------	--

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU CHAT MEDICAL

1. INFORMAȚII INTRODUCTIVE

1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.

1.2 Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

1.3 Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a **contractat Asigurarea de bază**.

2. SERVICII ACOPERITE

Asigurarea oferă acces 24/7 **Asiguratului** la serviciul de prevenție denumit Chat medical, sub formă de informații medicale, sfaturi și suport cu caracter medical, furnizate de medici licențiați și autorizați să profeseze în România, prin intermediul platformelor de mesagerie instantanee/SMS disponibile, alese de Asigurat, serviciu furnizat de Partenerul Groupama după activare, de la data de început a asigurării și până la finalul lunii de sfârșit a asigurării.

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

3.1 Prezenta clauză suplimentară poate fi încheiată asiguratului începând cu vârsta de 16 ani împliniți, vârsta maximă de contractare fiind de 64 de ani.

3.2 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu asigurarea de bază sau la reinnoirea Contractului de asigurare**, în situația în care Contractantul/ Asiguratul a optat pentru aceasta.

3.3 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de **un an, cu reinnoire automată**.

3.4 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Polița de asigurare, odată cu Asigurarea de bază. Serviciul va fi **disponibil pentru activare în termen de 2 – 4 zile lucrătoare de la data înscrisă în Polița de asigurare**.

3.5 Asigurarea **încetează** odata cu încetarea Contractului de Asigurare de bază, conform Condițiilor generale de asigurare sau la solicitarea expresă a Contractantului, la finalul unui an contractual.

3.6 În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă Asigurarea suplimentară pentru Chat medical, Contractul se reinnoiește fără această componentă.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de serviciile acoperite.

4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei asigurări suplimentare, sunt identice cu cele ale Asigurării de bază.

4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. ACCESAREA SERVICIILOR ACOPERITE

5.1 Pentru accesarea serviciilor acoperite (Chat-ului Medical) pe perioada de valabilitate a asigurării, este necesară activarea, astfel:

- **înregistrarea pe site-ul** <https://intreabamedic.abi.ai/> completând toate câmpurile disponibile, conform instrucțiunilor de pe site și a datelor completate în Poliță. După înregistrare, la numărul de telefon mobil furnizat

va fi trimis un **SMS de confirmare** a activării serviciului prin intermediul căruia Asiguratul alege platforma de mesagerie.

- **oferirea acordului** pentru accesarea platformei și utilizarea serviciului de Chat Medical

- **pornirea unei conversații** prin intermediul platformei de mesagerie instantanee alese de Asigurat dintre cele disponibile

5.2. Asiguratul va putea utiliza serviciul de Chat Medical **fără limită de accesări**, după activare pe durata asigurării, în concordanță cu Termenii și condițiile agreate. Partenerul nu poate garanta Asiguratului continuitatea păstrării contactului cu același medic pentru Asigurat.

5.3. Nici un medicament nu poate fi prescris de medici ca parte a serviciului de Chat Medical.

5.4. Informațiile cu caracter medical furnizate de medici prin intermediul Chat-ului Medical se bazează pe faptul că datele furnizate de Asigurat sunt adevărate, exacte și complete. Partenerul și Asigurătorul nu își asumă nicio responsabilitate pentru pierderile sau daunele rezultate din accesarea serviciului dacă Asiguratul furnizează informații incorecte sau incomplete.

5.5. Asiguratul trebuie să informeze medicul de familie sau orice alt medic specialist/ profesionist relevant din domeniul sănătății cu privire la informațiile primite de acesta prin intermediul Chat-ului Medical.

5.6. Asigurătorul și/sau Partenerul nu sunt/este responsabil(i) pentru nici un prejudiciu care ar putea apărea în urma faptului că Asiguratul nu a informat medicul de familie sau orice alt medic specialist/ profesionist relevant din domeniul sănătății cu privire la informațiile primite de acesta prin intermediul Chat-ului Medical sau care rezultă din nerespectarea oricărei recomandări oferite prin intermediul Chat-ului Medical.

6. PREVEDERI FINALE

Prevederile aferente Condițiilor Specifice constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Poliței de asigurare.

7. DEFINIREA TERMENILOR

Partenerul Groupama	furnizor de servicii cu care Asigurătorul are contract de colaborare și prin intermediul căruia Asigurații au acces la informații medicale furnizate de medici licențiați și autorizați să profeseze în România, prin intermediul aplicațiilor de mesagerie instantanee disponibile (WhatsApp sau Telegram), sau prin SMS și care reprezintă servicii de prevenție pentru riscul de urgențe medicale sau pentru riscurile de spitalizare, cheltuieli medicale și convalescență din cadrul contractelor de asigurare de sănătate.
------------------------	--

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU CHELTUIELI MEDICALE

1. INFORMAȚII INTRODUCATIVE

1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.

1.2 Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

1.3 Contractantului poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă **a contractat Asigurarea de bază**.

2. RISCURI ASIGURATE

2.1 În cazul în care Asiguratul suportă **cheltuieli medicale ca urmare a producerii unui accident sau a diagnosticării cu o boală** pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti, în limitele stabilite, indemnizația de asigurare convenită, dacă a fost plătită prima de asigurare.

2.2 Suma asigurată și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

3.1 Prezenta asigurare suplimentară poate fi încheiată Asiguratului începând cu vârsta minimă eligibilă pentru Asigurat, vârsta maximă de contractare fiind 65 de ani.

3.2 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu Asigurarea de bază sau la reînnoirea Contractului de asigurare**, în situația în care Contractantul a optat pentru aceasta.

3.3 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de **un an, cu posibilitatea de reînnoire**.

3.4 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare, odată cu Asigurarea de bază.

3.5 Asigurarea suplimentară **încetează** odată cu încetarea Contractului de Asigurare de bază, conform Condițiilor generale de asigurare sau la solicitarea expresă a Contractantului, la finalul unui an contractual.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului.

4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei asigurări suplimentare, sunt identice cu cele ale Asigurării de bază.

4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

5.1 Indemnizația este reprezentată de **contravaloarea cheltuielilor medicale pe baza documentelor medicale și a chitanțelor/ facturilor fiscale emise pe numele Asiguratului**, până la limita maximă prevăzută în Polița de asigurare pentru componentele acestei asigurări suplimentare.

5.2 Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, în sublimita specifică fiecărei componente, pentru cheltuieli medicale recomandate de către un medic pentru următoarele servicii:

- **Medicamentele** și materialele sanitare prescrise de medic, materialele medicale ajutătoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (orteze, corsete, gips) ca urmare a unui accident sau a unei boli;
- **Investigații** medicale - ecografie, EKG, computer tomograf (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), lista este limitativă;
- **Servicii dentare de urgență** - tratamentul dentar de urgență în urma unui accident sau pentru îndepărtarea durerilor acute, inclusiv radiografie dentară, dacă este recomandată de medic;
- **Ochelari** - achiziția de lentile de ochelari cu/ fără rame și lentile de contact cu dioptrii pentru persoanele asigurate la care este diagnosticată pentru prima dată necesitatea de a purta ochelari, conform prescripției medicale, după intrarea în valabilitate a asigurării suplimentare.

5.3 Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări - **perioadă de așteptare** - sunt acoperite numai evenimentele datorate producerii **unui accident**.

5.4 **Perioada de așteptare** nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurării suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

5.5 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază: o copie a recomandării medicale, documente de plată, chitanțele sau facturile fiscale emise pe numele asiguratului din care să reiasă cheltuielile medicale efectuate în legătură cu riscurile asigurate, care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și serviciile medicale prestate. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei.

5.6 Pentru achiziția de lentile de ochelari cu/ fără rame și lentile de contact cu dioptrii recomandarea medicală trebuie să certifice data diagnosticării cu afecțiuni de natură oftalmologică care au necesitat recomandarea purtării ochelarilor de vedere/ lentilelor cu dioptrii.

5.7 Pentru achiziția de lentile de ochelari cu/ fără rame și lentile de contact cu dioptrii la partenerii Groupama, indemnizația va fi achitată direct de Asigurător către Partener prin decontare directă a costurilor, dacă s-a obținut aprobarea Asigurătorului conform prezentelor Condiții de asigurare. Orice costuri neacoperite de prezenta asigurare sunt în sarcina Asiguratului.

În cazul în care au fost achiziționate lentile de ochelari cu/ fără rame și lentile de contact cu dioptrii dintr-o locație care nu este partener Groupama, Asiguratul va achita costurile, iar indemnizația de asigurare va fi achitată de Asigurător către Asigurat, prin rambursare.

5.8 Pentru obținerea aprobării, Asiguratul (prin intermediul Partenerului) va trimite către Asigurător documentele necesare evaluării evenimentului asigurat.

6. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică **excluserile specificate în Condițiile generale ale Asigurării de bază**, precum și următoarele **excluseri specifice** privind cheltuielile medicale determinate de:

- afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident sau încadrate ca tratament dentar de urgență;
- tratarea unor arsuri de grad I;
- tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale;
- asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă;
- tratamentul recuperator și fizioterapia (de exemplu: masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.);
- examinări de rutină sau în scop investigațional și/ sau explorator de rutină, cu excepția situației în care în urma unui astfel de serviciu medical s-a făcut diagnosticarea unei boli acoperite de asigurare.
- schimbarea de lentile de ochelari cu/ fara rame și lentile de contact cu dioptrii la persoanele asigurate care au recomandare medicală de a purta ochelari/ lentile la data intrării în asigurare, fiind considerată condiție medicală preexistentă intrării în asigurare.

7. PREVEDERI FINALE

Prevederile aferente Condițiilor specifice constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Poliței de asigurare.

8. DEFINIREA TERMENILOR

Cheltuieli medicale	cheltuieli suportate de Asigurat în urma producerii unui accident sau a diagnosticării unei boli pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
Urgență medicală	vătămarea corporală sau afecțiunea acută ce presupune un risc imediat care, în absența imediată a tratamentului, poate pune în pericol sănătatea/ viața Asiguratului.
Partenerul Groupama	furnizor de servicii oftalmologice și produse de optică medicală cu care Asigurătorul are contract de colaborare și prin intermediul căruia Asigurații au acces la servicii prestate de specialiști și la achiziția de lentile de ochelari cu/ fără rame și lentile de contact cu dioptrii.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU CONVALESCENȚĂ

1. INFORMAȚII INTRODUCTIVE

1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.

1.2 Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

1.3 Contractantul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă **a contractat Asigurarea de bază**.

2. RISCURI ASIGURATE

2.1 Riscul asigurat este **convalescența asiguratului, incapacitatea temporară de muncă reprezentată de concediu medical sau întrerupere temporară a activității, survenită ca urmare a spitalizării, pentru care s-a plătit Indemnizație de asigurare aferentă Asigurării de bază**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, dacă a fost plătită prima de asigurare.

2.2 Refuzul plății Indemnizației de asigurare pentru Asigurarea de bază determină automat refuzul plății indemnizației de convalescență din îmbolnăvire și accident.

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

3.1 Prezenta asigurare suplimentară poate fi încheiată Asiguratului începând cu vârsta de 16 ani împliniți, vârsta maximă de contractare fiind 65 de ani.

3.2 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu Asigurarea de bază sau la reînnoirea Contractului de asigurare**, în situația în care Contractantul a optat pentru aceasta.

3.3 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de **un an, cu posibilitatea de reînnoire**.

3.4 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare, odată cu asigurarea de bază.

3.5 Asigurarea suplimentară **încetează**, odată cu încetarea Contractului de asigurare de bază, conform Condițiilor generale de asigurare sau la solicitarea expresă a Contractantului, la finalul unui an contractual.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului.

4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei asigurări suplimentare, sunt identice cu cele ale Asigurării de bază.

4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

5.1 În cazul producerii riscului asigurat, Asigurătorul va plăti Asiguratului **indemnizația zilnică aferentă zilelor de convalescență în limita maximă de 30 de zile pe an de asigurare, pentru convalescența în urma spitalizării acoperite prin Asigurarea de bază**.

5.2 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază:

- a) certificatul de concediu medical eliberat de medic având semnăturile, parafele medicilor (cel care l-a eliberat și cel care l-a avizat, dacă sunt diferiți) și ștampila unității medicale;
- b) scrisoare medicală/adeverință medicală cu menționarea perioadei de incapacitate (pentru categorii speciale de asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.) și cauza acestuia (boala sau accidentul);
- c) copie după alte documente (declarație pe proprie răspundere că nu este angajat etc.), pentru categorii speciale de asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.;
- d) adeverință de la locul de muncă sau locul desfășurării ocupației declarate Asiguratorului, care să ateste ocupația Asiguratului la data evenimentului asigurat și din care să rezulte perioada de incapacitate acordată acestuia;

6. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale Asigurării de bază**, precum și următoarele **excluderi specifice**:

- incapacitatea temporară ca urmare a nașterii sau a oricărui eveniment legat de **sarcină**;
- incapacitatea temporară acordată pentru un eveniment neacoperit prin Asigurarea de bază;
- incapacitatea temporară pentru tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale; asistența medicală acordată de **homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă**; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.)

7. PREVEDERI FINALE

Prevederile aferente Condițiilor specifice constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Poliței de asigurare.

8. DEFINIREA TERMENILOR

Concediu medical	interval de timp determinat, în care Asiguratul este scutit, în mod legal, de a se prezenta la locul de muncă și a presta activități profesionale, ca urmare a incapacității de muncă a acestuia, constatată prin certificat de concediu medical emis de către un medic.
Incapacitate temporară	prejudiciere temporară a stării de sănătate ca urmare a unui accident sau a unei boli, caracterizată prin reducerea potențialului fizic, psihosenzorial sau intelectual pe o perioadă de timp limitată, care generează întreruperea desfășurării activităților, conform ultimei ocupații declarate asiguratorului, anterior producerii riscului.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU MICROCHIRURGIE

1. INFORMAȚII INTRODUCATIVE

1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.

1.2 Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

1.3 Contractantul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă **a contractat Asigurarea de bază**.

2. RISCURI ASIGURATE

2.1 Riscurile asigurate sunt **serviciile medicale - tratamente și/ sau proceduri chirurgicale**, la recomandarea scrisă a unui medic specialist, ce necesită **spitalizare de zi sau în regim ambulatoriu la un furnizor de servicii medicale, cu scop curativ, ca urmare a producerii unui accident sau diagnosticării unei afecțiuni** în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare,

2.2 În cazul producerii riscului asigurat, Asigurătorul va plăti persoanei asigurate **indemnizația de asigurare. Nu sunt acoperite serviciile medicale efectuate în scop exploratoriu sau cu scop de diagnosticare.**

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

3.1 Prezenta clauză suplimentară poate fi încheiată asiguratului începând cu vârsta de 16 ani împliniți, vârsta maximă de contractare fiind de 64 de ani.

3.2 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu asigurarea de bază sau la reinnoirea Contractului de asigurare**, în situația în care Contractantul-a optat pentru aceasta.

3.3 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de **un an, cu reinnoire**.

3.4 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare, odată cu Asigurarea de bază.

3.5 Asigurarea suplimentară **încetează** odată cu încetarea Contractului de asigurare de bază, conform Condițiilor Generale de asigurare, sau la solicitarea expresă a Contractantului, la finalul unui an contractual.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 Prima de asigurare este stabilită de asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de suma asigurată și categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului.

4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei clauze suplimentare, sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.

4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

5.1 În cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti Asiguratului valoarea indemnizației de asigurare, indiferent de costul spitalizării și serviciilor medicale, în limita sumei asigurate maxime menționate în Polița de asigurare și conform condițiilor stabilite, dacă a fost plătită prima de asigurare.

5.2 Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări – **perioadă de așteptare**, Asigurătorul **nu acordă indemnizația de asigurare**.

5.3 **Perioada de așteptare** nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

5.4 Asigurătorul va aprecia cuantumul obligației de plată a indemnizației de asigurare în funcție de documente și în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea riscului asigurat.

5.5 În tabelul de mai jos sunt prezentate **cele mai des întâlnite tratamente și/ sau proceduri chirurgicale acoperite** de asigurare, **procentul de indemnizare aferent dificultății** acestora aplicat sumei asigurate și **situațiile în care nu va fi plătită indemnizația de asigurare**.

5.6 În cazul în care sunt necesare **tratamente și/ sau proceduri chirurgicale**, ca urmare a **aceluiași eveniment**, **indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși limita maximă de 100 de procente**.

ACOPERIRI	PROCENT	EXCLUDERI
OFTALMOLOGIE		
Terapie chirurgicală a pterigionului	50%	Extracție de corpi străini - conjunctivă, cornee, scleră, segment anterior glob ocular
Terapie chirurgicală a pingueculei	50%	Incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal
Criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală	50%	Injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
Cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	50%	
Terapia chirurgicală a unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (salazion, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	50%	Sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă
Tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	100%	
ORL		
Opierea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	50%	Tamponament posterior și/ sau anterior ORL
Aspirația și lavajul sinusului nazal prin punctie	50%	
Extragere fibroscopice de corpi străini din căile respiratorii superioare	50%	Extracție corpi străini - conduct auditiv extern, nas, faringe
Tratament chirurgical ORL colecție: flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	50%	Septoplastie
Terapia chirurgicală a cornetului nazal, septului nazal	100%	Rinoplastie
Terapia chirurgicală a vegetațiilor adenoide	50%	
Tonsilectomie	50%	
OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE		
Terapia chirurgicală a abcesului și/ sau chistului vaginal sau Bartholin	100%	Insertia dispozitivului intrauterin
Cauterizare de col uterin, inclusiv ERAD	50%	
Chiuretaj uterin hemostatic	50%	Chiuretaj uterin biopsic
Tratament chirurgical endoscopic terapeutic	100%	Biopsie endoscopică

DERMATOLOGIE		
Terapia chirurgicală a formațiunilor tumorale maligne (în baza diagnosticului histopatologic care confirmă caracterul malign)	100%	Terapia chirurgicală a nevilor melanocitari (alunițe), chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate - în baza diagnosticului histopatologic care confirmă caracterul benign
CHIRURGIE GENERALĂ		
Terapia chirurgicală a panarițiului profund - osos, articular, tenosinval	100%	Terapia chirurgicală a panarițiului superficial
Terapia chirurgicală a flegmoanelor, abceselor, hematoamelor, plăgilor profunde	50%	Terapia chirurgicală a leziunilor cutanate superficiale cu afectarea țesutului subcutanat - plăgi tăiate superficial, întețate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscențe plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)
Terapia chirurgicală a arsurilor termice și chimice < 10%	50%	Injectarea intradermică, intramusculară, intravenoasă, intraarticulară
Terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I și II	50%	Investigațiile și tehnicile de diagnosticare, biopsie
Terapia chirurgicală a hidrosadenitei	50%	
Terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase	50%	
Terapia chirurgicală a hemoroizilor	100%	
Terapia chirurgicală a granulomului ombilical	50%	Injectare intramusculară, intradermică, intravenoasă, intraarticulară
Terapia chirurgicală a fisurii anale	50%	
Terapia chirurgicală a abcesului anal	50%	
Terapia chirurgicală a chistului pilonidal	50%	
Terapia chirurgicală a piciorului diabetic	100%	
Terapia chirurgicală a unghiei încarnate	50%	
Rezecție endoscopică a formațiunilor tumorale	100%	Biopsie
ORTOPEDIE		
Rezecția unei exostoze	50%	
Terapia chirurgicală a rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital)	100%	Kinetoterapie, fizioterapie
Intervenții artroscopice cu scop de tratament	100%	Imobilizare în aparat gipsat, atele, orteze
Excizie chist baker	50%	Puncționarea și aspirarea unei articulații
Tratamentul chirurgical al contracturii Dupuytren	50%	
CARDIOVASCULAR		
Angioplastie coronariană cu stent	100%	Coronarografie
UROLOGIE		
Dilatația stricturii uretrale	50%	Terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea), circumcizia
Terapie chirurgicală endoscopică asupra aparatului urinar (extracție calcul, montare cateter pentru drenare)	50%	Uretrostomie perineală, cistostomie (drenarea pe cale deschisă a vezicii prin montarea unui cateter/ tub)

5.7 Dacă tratamentul/ procedura nu este prevăzută în tabel, atunci Asigurătorul va considera o indemnizație de asigurare similară cu cea pentru un tratament/ procedură cu același grad de dificultate.

6. EXCLUDERI

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluserile specificate în Condițiile generale ale Asigurării de bază**, precum și **excluserile specifice** menționate în tabelul de mai sus.

7. PREVEDERI FINALE

Prevederile aferente Condițiilor Speciale constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Poliței de asigurare.

8. DEFINIREA TERMENILOR

Spitalizare de zi perioada de internare într-un spital, ce nu presupune cazare peste noapte, considerată necesară de un medic de specialitate **ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri acoperite** prin prezentul Contract de asigurare.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU FRACTURI

1. INFORMAȚII INTRODUCTIVE

1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.

1.2 Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

1.3 Contractantul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă **a contractat Asigurarea de bază**.

2. RISCURI ASIGURATE

2.1 Riscurile asigurate sunt **fracturile suferite de Asigurat în urma unui accident** produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, pentru care Asiguratul a **necesitat asistență/ îngrijire medicală de specialitate**.

2.2 În cazul producerii riscului asigurat Asigurătorul va plăti **indemnizația de asigurare, conform procentajelor stabilite prin Baremul de indemnizare procentual**, dacă a fost plătită prima de asigurare.

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

3.1 Prezenta asigurare suplimentară poate fi încheiată Asiguratului începând cu vârsta minimă eligibilă pentru Asigurat, vârsta maximă de contractare fiind 65 de ani.

3.2 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea Contractului de asigurare**, în situația în care Contractantul a optat pentru aceasta.

3.3 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de **un an, cu posibilitatea de reînnoire**.

3.4 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare, odată cu asigurarea de bază.

3.5 Asigurarea suplimentară **încetează** odată cu încetarea Contractului de asigurare de bază, conform Condițiilor Generale de asigurare sau la solicitarea expresă a Contractantului, la finalul unui an contractual.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului.

4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei asigurări suplimentare, sunt identice cu cele ale Asigurării de bază.

4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

5.1 În cazul în care există **fracturi ale unor segmente osoase diferite**, ca urmare a **aceluiași accident**, **indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși limita maximă de 100 de procente**.

5.2 Pentru **fracturi cominutive** se aplică o **majorare cu 25% a indemnizației de asigurare** corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare pentru fiecare caz în parte.

5.3 Pentru **fracturi care necesită intervenție chirurgicală, osteosinteză sau grefă osoasă**, se aplică o **majorare cu 50% a indemnizației de asigurare** corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare.

5.4 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este trebuie prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază: copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a acordării de asistență medicală. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei.

5.5 Asigurătorul va aprecia cuantumul obligației de plată a indemnizației de asigurare în funcție de documente și în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea riscului asigurat.

5.6 Fracturile vor fi evaluate de Asigurător pe baza **documentelor medicale** puse la dispoziție de către Asigurat sau reprezentanții acestuia și al **Baremului de indemnizare procentual**, prezentat în continuare:

Fraktură a unui singur os:

Tipul de fractură - Procent de indemnizare

Craniu - 20%

Piramidă nazală - 10%

Maxilar inferior - 20%

Claviculă, omoplat, radius, ulnă - 15%

Stern - 10%

Vertebră, proces transversal - 5%

Falangă, coastă (doar pentru un fragment) - 5%

Coccis, carpian, metacarpian - 10%

Femur - 40%

Rotulă - 15%

Tibie, fibulă, humerus - 25%

Tarsian, metatarsian - 10%

Fraktură a cel puțin două oase:

Tipul de fractură - Procent de indemnizare

Bază craniu - 50%

Tasare corpuri vertebrale - 35%

Antebraț (radius și ulnă) - 20%

Coaste (de la două fragmente în sus) - 10%

Carpene, metacarpene, tarsiene, metatarsiene - 15%

Falange (de la două fragmente în sus) - 10%

Pelvis (fără tracțiune) - 20%

Pelvis (cu tracțiune) - 30%

Oase bazin - 30%

Gambă (tibia și fibulă) - 30%



5.7 Orice alt tip de fractură neprevăzut în Baremul de indemnizare procentual, se va încadra prin asimilare în funcție de tipul fracturii respective.

5.8 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică **excluserile specificate în Condițiile generale ale Asigurării de bază**, precum și următoarele **excluseri specifice**:

a) fractura nu a fost determinată direct de un accident așa cum este el definit în Condițiile generale de asigurare;

- b) evenimentele produse sau influențate de malformațiile congenitale sau complicațiile/ bolile cauzate de anomaliile congenitale;
- c) fracturile patologice, în cazul în care condiția medicală care a generat fractura patologică (osteoporoză, displazie, tumoră, infecție etc.) a fost diagnosticată înainte de intrarea în valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.

7. PREVEDERI FINALE

Prevederile aferente Condițiilor specifice constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant, prin semnarea Poliței de asigurare.

8. DEFINIREA TERMENILOR

Fractură	discontinuitatea osului/ cartilagiului fibros provocată de acțiunea accidentală prin traumatism direct asupra osului/ cartilagiului tare.
Fractură cominutivă	fractură care se caracterizează prin prezența a mai mult de două fragmente osoase.
Osteosinteză	procesul de reasamblare a fragmentelor osoase ale unei fracturi cu ajutorul șuruburilor, agrafelor, plăcilor cu șuruburi, cuielor, broșelor sau oricărui alt mijloc mecanic.
Grefă osoasă	procedeu chirurgical prin care se înlocuiește material osos lipsă din corpul pacientului cu un substitut artificial, sintetic sau natural.

Baremul de indemnizare procentual:

Tipul de fractură	Procent de indemnizare
Fractură a unui singur os:	
Femur	40%
Tibie, fibulă, humerus	25%
Craniu	20%
Maxilar inferior	20%
Rotulă	15%
Claviculă, omoplat, radius, ulnă	15%
Coccis, tarsian, metatarsian, carpian, metacarpian	10%
Stern, piramidă nazală	10%
Falangă, coastă (doar pentru un fragment)	5%
Vertebră, proces transversal	5%
Fractură a cel puțin două oase:	
Bază craniu	50%
Tasare corpuri vertebrale	35%
Pelvis (cu tracțiune)	30%
Oase bazin	30%
Gambă (tibie și fibulă)	30%
Antebraț (radius și ulnă)	20%
Pelvis (fără tracțiune)	20%
Carpiane, metacarpiane, tarsiene, metatarsiene	15%
Falange, coaste (de la două fragmente în sus)	10%

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU ARSURI

1. INFORMAȚII INTRODUCTIVE

1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de Asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.

1.2 Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

1.3 Contractantul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă **a contractat Asigurarea de bază**.

2. RISCURI ASIGURATE

2.1 Riscurile asigurate sunt **arsurile suferite de Asigurat în urma unui accident** produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, pentru care Asiguratul a **necesitat asistență/ îngrijire medicală de specialitate**.

2.2 În cazul producerii riscului asigurat, Asigurătorul va plăti persoanei asigurate **indemnizația de asigurare**, conform **procentajelor stabilite prin baremul de indemnizare procentual aplicate Sumei asigurate înscrise în Poliță și în limita acesteia, în funcție de gravitatea arsurii**, dacă a fost plătită prima de asigurare.

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

3.1 Prezenta asigurare suplimentară poate fi încheiată Asiguratului începând cu vârsta minimă eligibilă pentru Asigurat, vârsta maximă de contractare fiind 65 de ani

3.2 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu Asigurarea de bază sau la reînnoirea Contractului de asigurare**, în situația în care Contractantul a optat pentru aceasta.

3.3 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de **un an, cu posibilitatea de reînnoire**.

3.4 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare, odată cu Asigurarea de bază.

3.5 Asigurarea **încetează** odată cu încetarea Contractului de asigurare de bază, conform Condițiilor generale de asigurare sau la solicitarea expresă a Contractantului, la finalul unui an contractual.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului.

4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei asigurări suplimentare, sunt identice cu cele ale Asigurării de bază.

4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare, sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

5.1 Arsurile vor fi evaluate de Asigurător, pe baza **documentelor medicale** puse la dispoziție de către Asigurat sau reprezentanții acestuia și al **Baremului de indemnizare procentual**:

Gradul arsurii	Procent de indemnizare Arsuri de gradul III și IV	Procent de indemnizare Arsuri de gradul II
Arsuri care acoperă 30% sau mai mult din suprafața corporală	100%	100%
Arsuri care acoperă 15% până la 29% din suprafața corporală	50%	50%
Arsuri care acoperă 10% până la 14% din suprafața corporală	30%	25%
Arsuri care acoperă 5% până la 9% din suprafața corporală	15%	8%

5.2 Orice **alt tip de arsură** neprevăzută în Baremul de indemnizare procentual **se va încadra prin asimilare** în funcție de gradul arsurii respective.

5.3 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte, specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază: copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a acordării de asistență medicală. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei.

5.4 În cazul **decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare**, aceasta va fi plătită moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică **excluserile specificate în Condițiile generale ale Asigurării de bază**, precum și următoarele **excluseri specifice**:

- a) arsura de gradul I;
- b) arsura nu a fost determinată direct de un accident, așa cum este el definit în Condițiile generale;
- c) expunerea voluntară la radiațiile solare naturale sau artificiale.

7. PREVEDERI FINALE

Prevederile aferente Condițiilor specifice constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant, prin semnarea Poliței de asigurare.

8. DEFINIREA TERMENILOR

Arsură leziune cutanată provocată de acțiunea accidentală a unor agenți externi (foc, căldură, radiații, electricitate, substanțe chimice etc.).

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU BOLI GRAVE

1. INFORMAȚII INTRODUCATIVE

1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.

1.2 Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

1.3. Contractantul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă **a contractat Asigurarea de bază**.

2. RISCURI ASIGURATE

2.1 Dacă în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, Asiguratul a fost **diagnosticat prima dată cu o boală gravă** sau a suferit o **intervenție chirurgicală dintre cele specificate**, Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**.

2.2 Este considerat risc asigurat, diagnosticarea pentru prima dată în perioada de valabilitate a prezentei asigurări, cu una din următoarele boli grave:

- cancer/ tumora malignă
- accident vascular cerebral
- infarct miocardic
- scleroză multiplă
- boala neuronului motor
- boala Parkinson
- insuficiență renală cronică
- infecție cu HIV prin transfuzii
- infecția ocupațională cu virusul HIV
- boala Alzheimer

și următoarele intervenții care sunt efectuate în perioada de valabilitate a prezentei asigurări:

- intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian
- transplant de organe
- intervenție chirurgicală de înlocuire/ reparare de valve cardiace și de aortă toracică sau abdominală

Orice alte boli grave/ intervenții chirurgicale care nu se încadrează în definițiile de mai jos nu sunt acoperite prin prezenta asigurare suplimentară.

3. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

3.1 Prezenta asigurare suplimentară poate fi încheiată începând cu vârsta minimă eligibilă pentru Asigurat, vârsta maximă de contractare fiind 65 de ani.

3.2 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu Asigurarea de bază sau la reînnoirea Contractului de asigurare**, în situația în care Contractantul a optat pentru aceasta. În situația încheierii la reînnoirea Contractului, este necesară evaluarea riscului asigurat.

3.3 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de **un an, cu posibilitatea de reînnoire**.

3.4 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare, odată cu Asigurarea de bază.

3.5 Asigurarea suplimentară **încetează** odată cu încetarea Contractului de asigurare de bază, conform Condițiilor generale de asigurare, sau la solicitarea expresă a Contractantului, la finalul unui an contractual.

4. PRIMA DE ASIGURARE

4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și evaluarea riscului.

4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei asigurări suplimentare, sunt identice cu cele ale Asigurării de bază.

4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

5.1 În cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti **Asiguratului suma asigurată specifică acestei asigurări, menționată în Polița de asigurare**, dacă a fost plătită prima de asigurare. Indemnizația de asigurare se va plăti doar **o dată pe perioada de asigurare, respectiv la producerea** primului risc asigurat.

5.2 Asiguratul are obligația de a anunța Asigurătorul, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de **30 de zile calendaristice de la momentul producerii** riscului asigurat.

5.3 Pentru **primele 3 luni** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări – **perioadă de așteptare**, Asigurătorul **nu acordă indemnizația de asigurare**; specific pentru diagnosticare cu **cancer/ tumora malignă** se aplica o **perioadă de așteptare de 6 luni**.

5.4 **Perioada de așteptare** nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

5.5 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte, specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază:

- a) scrisoare medicală din partea unui medic specialist prin care se atestă existența unei boli grave și/sau necesitatea efectuării unei anumite intervenții chirurgicale acoperite prin prezenta asigurare;
- b) alte documente solicitate de către Asigurător care să ateste împrejurările producerii evenimentului și evoluția bolii.

5.6 Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenită aferentă acestei asigurări, aceasta va fi plătit moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. EXCLUDERI

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluserile specificate în Condițiile generale ale Asigurării de bază**, precum și următoarele **excluseri specifice și consecințele lor**:

a) referitor la cancer/ tumoră malignă: simptome/ boli care pot fi considerate condiție pre-cancerigenă, și anume papilom al vezicii urinare, polipoza la nivelul colonului, boala Crohn, colita ulcerativă indiferent de etiologie, hematurie, melena, hemoptizie, adenopatii limfatice, splenomegalie; carcinomul in situ (stadiul Tis conform clasificării internaționale TNM, inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3 *) sau tumori a căror descriere histopatologică este de tip premalign; melanoamele cu grosime – determinată prin examen histopatologic – mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark; hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii; carcinoamele scuamo-celulare ale pielii, cu excepția situației în care invazia (metastazarea) s-a extins către alte organe; sarcomul Kaposi și tumori maligne, indiferent de localizare asociate infecției HIV; cancerul de prostată care histopatologic este clasificat TNM** ca T1 (inclusiv T1a sau T1b, dar nu T1c) sau forme de cancer care sunt echivalente acestora sau inferioare ca și clasificare; cancerul de colon descris histopatologic ca stadiu A de cancer de colon după clasificarea Dukes;

*CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia = Neoplasm Cervical Intraepitelial;

**TNM = Tumoră, Nodul, Metastază = Clasificarea cancerelor după mărime, interesare ganglionară și metastaze;

b) referitor la accident vascular cerebral (AVC): atac ischemic tranzitor (AIT) sau orice accident tranzitor și care este lent reversibil; deficit ischemic neurologic extins și reversibil; alterări ischemice ale sistemului vestibular;

deficit neurologic ischemic reversibil; hemoragie cerebrală provocată de leziuni traumatice, post traumatice sau hipoxie; hemoragie cerebrală datorată unei tumori cerebrale; hemoragie cerebrală provocată de complicații după chirurgia vasculară cerebrală; tulburări vizuale datorate malformației unei artere cerebrale; alte accidente cardiovasculare cu simptome similare cu accidentele vasculare cerebrale; simptome de migrenă; afecțiuni vasculare care afectează ochiul sau nervul optic; boli care afectează în plan secundar sistemul nervos (central sau periferic); boli congenitale ale sistemului nervos; accidentul vascular vechi, descoperit întâmplător la o examinare imagistică;

c) referitor la infarct miocardic: toate tipurile de angină, incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal;

d) referitor la scleroza multiplă: 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 șase luni;

e) referitor la boala Parkinson: sindroame tip Parkinson, asociate medicației psihotrope, encefalite, boli neurologice degenerative, sau care imită boala Parkinson (ex. tremur al degetelor sau picioarelor), precum și formele induse de cauze toxice, consumul de alcool sau medicamente;

f) referitor la insuficiența renală: hemodializa în situația unei insuficiențe renale acute sau orice caz de hemodializă nonpermanentă; insuficiența unui singur rinichi; afecțiunea asiguratului cu indicația de transplant renal anterioară datei de intrare în valabilitate a prezentei asigurări sau sub tratament cronic de hemodializă sau asigurat înregistrat pe orice listă de așteptare pentru un transplant de organ; orice stadiu de afecțiune renală care necesită dializă temporară;

g) referitor la infecția cu HIV prin transfuzii: pacienții diagnosticați cu hemofilie, înainte sau după intrarea în asigurare;

h) referitor la boala Alzheimer: demența/ pierderea progresivă a memoriei apărută în cadrul altor boli psihice, tulburări de comportament (halucinații, anxietate) asociate unor boli psihice (depresie, sindrom maniac-depresiv, schizofrenie, parafrenie etc.) tulburări de memorie/ deteriorarea funcției psihice datorate unor encefalite, substanțe toxice, medicamentoase, etilismului cronic sau unui traumatism craniocerebral.

7. PREVEDERI FINALE

Prevederile aferente Condițiilor specifice constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant, prin semnarea Poliței de asigurare.

8. DEFINIREA TERMENILOR

Cancer/ tumora malignă afecțiune medicală care constă în prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, indiferent de localizare, inclusiv leucemia, limfoame și boala Hodgkin, caracterizată prin 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. Diagnosticul complet trebuie confirmat în scris de către un medic specialist oncolog. Această categorie va cuprinde inclusiv metastazele, indiferent de stadiu și de punctul de plecare. Melanoamele maligne sunt incluse în această acoperire, în cazul în care tumoarea este mai mare sau egală cu pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm grosime verticală, cu ulcerații sau nivelul Clark IV/V).

Data obținerii diagnosticului va fi reprezentată de data obținerii unui diagnostic definitiv în urma efectuării examenului histopatologic. În plus, motivele medicale trebuie să fie detaliate, iar tumora malignă să fie confirmată prin scanare CT (tomografie computerizată) sau examinare RMN.

Accident vascular cerebral orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durata mai mare de 24 ore și include modificări ale țesutului cerebral de tip: infarct al țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral, având cauza afecțiuni extracraniene. Afecțiunea va fi recunoscută ca și boală gravă numai după trecerea

a cel puțin trei luni de existență a unui deficit neurologic permanent de la data producerii riscului asigurat. Diagnosticul inițial, precum și cel ce statuează deficitul neurologic trebuie confirmate în scris de către un medic specialist neurolog.

Infarct miocardic	afecțiune cardiovasculară, din categoria “Cardiopatiilor Ischemice” care evidențiază 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 irigării insuficiente a teritoriului cardiac respectiv. Diagnosticul trebuie să arate: simptome clinice sugestive și modificări pe EKG ce confirmă diagnosticul, creșterea specifică a enzimei cardiace CK-MB, creșterea specifică a troponinei sau dovezi imagistice de ischemie globală sau segmentară sau modificări specifice în dinamică ale biomarkerilor cardiaci. Diagnosticul trebuie confirmat în scris de către un medic specialist cardiolog.
Scleroză multiplă	afecțiune caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau măduva spinării și care se manifestă prin sindroame neurologice specifice de demielinizare a creierului, nervului optic și/sau măduvei spinării. Afecțiunea va fi recunoscută ca boală gravă, dacă există leziunile nervoase specifice, disfuncțiile neurologice cu o durată mai mare de șase luni, iar asiguratul prezintă minimum două episoade diferite de acutizare sau cu interval de minimum 24 de ore între ele. Diagnosticul și evoluția bolii trebuie confirmată în scris de către un medic specialist neurolog.
Boala neuronului motor	boală neurologică de etiologie necunoscută caracterizată prin degenerarea progresivă a tractelor corticospinale și a celulelor nervoase localizate în coarnele anterioare ale măduvei spinării și a neuronilor bulbari aferenți. Afecțiunea va fi recunoscută ca boală gravă dacă examenul obiectiv va evidenția atrofia musculară spinală, paralizie bulbară progresivă, scleroză laterală aminotrofică și scleroza laterală primară. Diagnosticul bolii, precum și evoluția ei ca boală progresivă și ireversibilă trebuie confirmate în scris de către un medic specialist neurolog.
Boala Parkinson	boală a sistemului nervos central de tip degenerativ. Va fi recunoscută ca boală gravă numai forma idiopatică, nu și formele induse de cauze toxice sau medicamentoase (sindroame parkinsoniene). Stadiul grav va fi definit de faptul că asiguratul nu mai poate îndeplini singur și fără ajutor minimum trei activități zilnice, curente: îmbrăcare, utilizarea toaletei, hrănire, mutarea în/din pat sau scaun etc. Diagnosticul bolii și stadiul de evoluție sechelară trebuie confirmate în scris de către un medic specialist neurolog.
Insuficiență renală cronică	pierderea ireversibilă a funcției ambilor rinichi ca ultim stadiu al unei suferințe renale, și care impune înregistrarea asiguratului într-un regim de dializă renală cronică, regulat, cel puțin o dată pe săptămână, sau recomandarea de efectuare a intervenției chirurgicale de transplant renal. Diagnosticul bolii trebuie confirmat în scris de către un medic specialist nefrolog.
Infecție cu HIV prin transfuzii	infecțarea cu virusul HIV dovedită ca fiind rezultatul unei transfuzii sanguine efectuate pe durata de valabilitate a asigurării suplimentare, transfuzie efectuată la recomandarea unui medic și sub supraveghere medicală, în centre medicale abilitate. Pentru ca infecția cu HIV să fie considerate boală gravă, diagnosticul trebuie să confirme că starea sănătății Asiguratului pune în pericol viața acestuia și că orice metodă de tratament a eșuat.
Infecția ocupațională cu virusul HIV	infecțarea cu virusul HIV dovedită ca fiind rezultatul unui accident la locul de muncă în maximum șase luni de la producerea accidentului. Orice accident la locul de muncă ce se poate solda cu infecțarea cu HIV trebuie să ne fie raportat în termen de cinci zile calendaristice de la producerea acestuia. Înștiințarea trebuie să fie însoțită și de un buletin de analiză efectuat anterior evenimentului care să ateste faptul că Asiguratul nu era anterior infectat (test negativ de anticorpi HIV). Diagnosticul ce atestă accidentul, precum și infecțarea cu HIV în timpul accidentului trebuie să fie confirmat de către un medic specialist.

Boala Alzheimer	afecțiune de etiologie necunoscută care se manifestă prin deteriorarea sau pierderea capacității intelectuale sau un comportament anormal, ireversibil. Diagnosticul se va confirma pe baza următoarelor criterii: examen clinic, chestionare și teste standardizate care atestă reducerea semnificativă a funcțiilor mentale și sociale și necesită supravegherea permanentă a vieții Asiguratului. Diagnosticul trebuie confirmat de către medicul specialist neurolog și trebuie confirmat și acceptat de noi. Diagnosticul fără echivoc trebuie stabilit înainte de vârsta de 60 de ani pentru a fi acoperit de prezenta asigurare.
Intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian	intervenție chirurgicală recomandată de un medic specialist și avizat (chirurg cardiovascular) pentru a corecta stenoza sau ocluzia arterei coronare prin introducerea unei grefe de tip by-pass în scopul limitării simptomelor de tip anginos, ca urmare a unui diagnostic de cardiopatie ischemică. Afecțiunea cardiacă trebuie să fi fost diagnosticată după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare, pe baza unui diagnostic de certitudine al afectării coronariene, susținut de rezultatul unei coronarografii preoperatorii și pe baza unei recomandări exprese din partea medicului specialist cardiolog. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
Transplant de organe	intervenție chirurgicală care constă în transplantarea prin poziționare și fixare chirurgicală de organe, primite de la un donator viu sau aflat în moarte clinică, în organismul asiguratului, considerat a fi primitor, în baza compatibilității antigenice demonstrate. Se pot transplanta următoarele organe: inimă, plămâni, rinichi, pancreas, plămân, ficat, cristalin sau măduvă osoasă. Această manoperă chirurgicală, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a Asiguratului. Afecțiunea care duce la recomandarea efectuării transplantului de organe trebuie să fi fost diagnosticată după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
Intervenție chirurgicală de înlocuire/ reparare de valve cardiace și de aortă toracică sau abdominală	intervenție chirurgicală pe cord deschis ce constă în înlocuirea sau repararea valvelor cardiace (mitrale sau aortice) ca urmare a unor afecțiuni cardiace apărute și diagnosticate după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare. Această manoperă de chirurgie cardiovasculară, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a Asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.