



CONDIȚII
GENERALE
ȘI SPECIFICE
DE ASIGURARE

ASIGURAREA
MIXTĂ DE VIAȚĂ



CUPRINS.....	
CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE - ASIGURAREA MIXTĂ DE VIAȚĂ	3
1. Riscuri asigurate.....	3
2. Încheierea contractului de asigurare	3
3. Începerea și încetarea contractului de asigurare	3
4. Prima de asigurare	4
5. Întârzierea plății primei și repunerea în vigoare a contractului de asigurare	4
6. Modificarea contractului de asigurare	5
7. Protecția împotriva inflației sau indexarea	5
8. Participarea la profit	5
9. Indemnizația de asigurare	6
10. Indemnizația de maturitate.....	7
11. Valoarea de răscumpărare	7
12. Excluderi	8
13. Responsabilitățile contractantului și ale asiguratului	9
14. Corespondența oficială	9
15. Cheltuieli, dobânzi și taxe	10
16. Teritorialitate	10
17. Prevederi finale	10
18. Definirea termenilor.....	12
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE DECES CA URMARE A UNUI ACCIDENT	15
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE DECES DIN ORICE CAUZĂ..	17
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU DECES ȘI INVALIDITATE PERMANENTĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT	18
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT	22
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ DIN ORICE CAUZĂ	26
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	30
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE DIN ORICE CAUZĂ.....	33
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	36
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ	39
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT	42
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ DIN ORICE CAUZĂ.....	45
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE	

CA URMARE A UNUI ACCIDENT	48
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ	53
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU FRACTURI PRODUSE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	60
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU ARSURI PRODUSE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	63
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE BOLI GRAVE	65
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU EXONERAREA DE LA PLATA PRIMELOR DE ASIGURARE CA URMARE A INVALIDITĂȚII ASIGURATULUI	71
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INVESTIȚIE	73
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU CHAT MEDICAL	79
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU SĂNĂTATE EMOȚIONALĂ	81
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU STOMATOLOGIE	83

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE - ASIGURAREA MIXTĂ DE VIAȚĂ

1. Riscuri asigurate

- 1.1 În perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, acoperim următoarele riscuri asigurate:
- supraviețuirea Asiguratului;**
În cazul în care Asiguratul este în viață la data de expirare a Contractului de asigurare, se va plăti indemnizația de maturitate.
 - decesul Asiguratului.**
În cazul decesului Asiguratului **ca urmare a unui accident sau a unei boli**, în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform Condițiilor de asigurare.

2. Încheierea Contractului de asigurare

- Solicitarea de încheiere** a unui Contract de asigurare se **face în scris, prin completarea și semnarea Cererii de asigurare (tip)** de către Contractant și Chestionarul la Cererea de asigurare de către Asigurat.
- Contractul de asigurare** cuprinde: Polița de asigurare, Condițiile generale și eventualele Condiții Specifice, Cererea de asigurare, Cotația de asigurare și, Chestionarul la Cererea de asigurare, și, după caz, Investigații medicale, Chestionarul suplimentar (ocupațional, financiar, rezidențial etc.) și alte documente necesare încheierii Contractului de asigurare și evaluării riscului.
- Asigurătorul își rezervă dreptul de a **verifica starea de sănătate** a Asiguratului, ce poate include examinări medicale efectuate de o unitate medicală desemnată/ agreată de Asigurător, în baza unei comunicări scrise din partea acestuia.
- Dacă în procesul de evaluare se determină existența unui risc din punct de vedere medical, ocupațional, financiar, rezidențial sau legat de sporturile/ hobby-urile practicate de Asigurat, care depășește riscul de asigurare standard, Asigurătorul 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 Cererea de asigurare/ Chestionarul la Cererea de asigurare;
 - a refuza acoperirea riscurilor asigurate;
 Asigurătorul va transmite în scris decizia sa, prin intermediul Distribuitorului de asigurări la adresa de e-mail sau la adresa de corespondență a Contractantului/ Asiguratului comunicate, după caz, în Cererea de asigurare/ modificare/ Chestionarul la Cerea de asigurare.
- Dacă, în perioada dintre data semnării Chestionarului la Cererea de asigurare și data intrării în vigoare a Poliței de asigurare, se modifică starea de sănătate, sporturile practicate sau ocupația Asiguratului sau alte informații furnizate pentru evaluarea riscului, Asigurătorul trebuie să fie anunțat imediat, în scris.
- 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.
- Polița de asigurare, Certificatul de asigurare, precum și prezentele Condiții generale de asigurare și Condițiile specifice ale asigurărilor suplimentare aferente, vor fi înmânate direct prin intermediul Distribuitorului de asigurări sau la adresa de corespondență a Contractantului/ Asiguratului, comunicată Asigurătorului.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- Contractul de asigurare **începe la ora 00:00 a zilei imediat următoare celei în care s-a efectuat plata ratei întâi a primei de asigurare**, dar **nu mai devreme de data specificată în Polița de asigurare**.
- Contractul de asigurare încetează** în oricare dintre următoarele cazuri:
 - la ora 24:00 a datei de expirare a asigurării, specificată în Polița de asigurare;
 - ca urmare a renunțării la contract în maximum 20 de zile de la data emiterii Poliței de asigurare. În acest caz, prima de asigurare plătită va fi returnată Contractantului fără a fi purtătoare de dobândă;
 - la data denunțării de către Contractant / rezilierii Contractului de asigurare;
 - la prima aniversare a Contractului de asigurare, ulterioară împlinirii vârstei maxime stabilite de Asigurător pentru Asigurat/Dependent;
 - numai pentru Dependenți: la data decesului și/sau căsătoriei;
 - la data decesului Asiguratului;

g. ca urmare a neplății primei de asigurare.

4. Prima de asigurare

- 4.1 Prima de asigurare reprezintă suma de bani plătită de Contractant în schimbul asumării de către Asigurător a riscului asigurat. Prima de asigurare este calculată în funcție de: suma asigurată, durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, ocupația, rezidența, sporturile/ hobby-urile, Asiguratului.
- 4.2 Contractantul va plăti rata întâi a primei de asigurare, la data emiterii Poliței de asigurare. Următoarele rate de primă vor fi plătite la datele scadente, data plății fiind cea înscrisă în documentul de plată pe care Contractantul îl va solicita și păstra. Asigurătorul nu este responsabil de plățile efectuate de Contractant fără a avea dovada de plată.
În documentul de plată trebuie menționat numărul Poliței de asigurare, cuantumul primei de asigurare și numele Contractantului.
- 4.3 Primele de asigurare sunt anuale și anticipate și pot fi plătite anual sau eşalonat: semestrial, trimestrial sau lunar conform scadențelor și cuantumului menționate în Polița de asigurare.
- 4.4 Contractantul este **răspunzător de plata primelor de asigurare**, atât pentru asigurarea de bază cât și pentru eventualele Asigurări suplimentare atașate Contractului de asigurare, conform modului de plată specificat în Polița de asigurare. **Dacă se plătește numai o parte a ratei de primă, Contractul de asigurare este considerat neplătit.**
- 4.5 Primele de asigurare se plătesc în lei. În cazul în care moneda contractului este în valută, primele de asigurare se achită în lei la cursul de referință stabilit de BNR în data plății.
- 4.6 Asigurătorul va returna primele de asigurare plătite și nedatorate, dacă acestea există, fără a fi purtătoare de dobândă.

5. Întârzierea plății primei și repunerea în vigoare a Contractului de asigurare

- 5.1 Dacă Contractantul nu plătește prima de asigurare în termenele stabilite, va beneficia de **o perioadă de grație de 30 de zile** pentru a plăti prima de asigurare datorată.
- 5.2 În cazul în care Contractantul nu plătește în **perioada de grație de 30 de zile** prima de asigurare datorată, Contractul de asigurare:
 - a. **Nu are valoare de răscumpărare**, acoperirea riscurilor asigurate încetează iar Contractul de asigurare poate fi:
 - repus în vigoare;
 - reziliat, **începând cu a 366-a zi de la prima scadență a primei neplătite**;
 - b. **Are valoare de răscumpărare**, Asigurătorul are posibilitatea de a transforma temporar Contractul de asigurare într-un Contract cu sumă asigurată redusă. În acest caz, Contractul de asigurare poate fi repus în vigoare în ultima sa formă, până în a 365-a zi de la prima scadență neplătită.
Începând din a 366-a zi de la prima scadență neplătită Contractul de asigurare se va transforma definitiv într-un Contract cu sumă asigurată redusă. În acest caz, Contractul de asigurare nu mai poate fi repus în vigoare, această formă rămânând definitivă până la expirare.
- 5.3 Repunerea în vigoare a Contractului de asigurare se poate face **în maximum 365 de zile de la prima întârziere de plată a primei de asigurare**, astfel:
 - **Până în 180 de zile** doar ca urmare a plății tuturor primelor de asigurare restante de la prima scadență neplătită;
 - **Peste 180 de zile** ca urmare a plății tuturor primelor de asigurare restante de la prima scadență neplătită și prin transmiterea următoarelor documente:
 - a. Cererea de repunere în vigoare (tip), completată în întregime cu datele Asiguratului, din care să rezulte informații privind starea de sănătate, ocupația, sporturile, rezidența și alte informații necesare pentru reevaluarea riscului. Cererea de repunere în vigoare trebuie semnată de Contractant, și Asigurat (persoane majore/cu drept de semnătură), datată și transmisă către Asigurător prin intermediul Distribuitorului de asigurări;
 - b. investigații medicale suplimentare efectuate pe cheltuiala Contractantului sau a Asiguratului, la solicitarea Asigurătorului;
 - c. alte eventuale informații solicitate de Asigurător, după evaluarea Cererii de repunere în vigoare.
- 5.4 În urma evaluării documentelor de mai sus, Asigurătorul va comunica răspunsul prin intermediul Distribuitorului de asigurări sau la adresa de corespondență a Contractantului comunicată Asigurătorului.

- 5.5 **Începând cu a 366-a zi de la prima scadență a primei neplătite**, în cazul în care Contractul de asigurare **nu are valoare de răscumpărare**, Asigurătorul **îl va rezilia fără a notifica Contractantul**.
- 5.6 Dacă Contractantul/Asiguratul va mai dori să beneficieze de acoperire prin asigurare, Asigurătorul va putea emite un nou Contract de asigurare, urmând procedura necesară pentru aceasta.

6. Modificarea Contractului de asigurare

- 6.1 Solicitarea de modificare a Contractului de asigurare se poate face **în perioada de valabilitate a acestuia**, prin transmiterea de către Contractant a **Cererii de modificare (tip)** și înregistrarea acesteia de către Asigurător, astfel:
- **Cu 45 de zile înainte de aniversare**, dacă modificarea constă în:
 - a. mărirea sumei asigurate cu excepția ultimilor 2 aniversări ale Contractului;
 - b. contractarea unor asigurări suplimentare;
 - c. renunțarea la unele asigurări suplimentare;
 - d. adăugarea unor Dependenți;
 - e. renunțarea la Dependenți;
 - f. schimbarea frecvenței de plată a primelor;
 - g. schimbarea Contractantului în cazul Contractelor cu Asigurarea suplimentară de exonerare a primei.

În cazul modificărilor de la litera a), b) sau d) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a relua procesul de evaluare a riscului, iar costul eventualelor investigații medicale suplimentare solicitate de acesta va fi suportat de Contractantul/Asigurat. Modificarea este considerată valabilă începând cu următoarea aniversare a Contractului de asigurare.
 - **În orice moment, dacă modificarea constă în:**
 - a. schimbarea/adăugarea de Beneficiari;
 - b. schimbarea Contractantului;
 - c. schimbarea numelui Contractantului/al Asiguratului/al Beneficiarului, în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești;
 - d. schimbarea adresei de corespondență a Asiguratului, Contractantului.
- 6.2 **Modificarea Contractului de asigurare este posibilă după depunerea Cererii de modificare (tip) și plata primei de asigurare aferente modificărilor.** Acceptarea modificărilor de Asigurător se realizează prin redactarea noii Polițe de asigurare.
- 6.3 În cazul în care Contractantul nu are și calitatea de Asigurat, are obligația de a furniza consimțământul scris al Asiguratului în legătură cu modificările Contractului de asigurare.

7. Protecția împotriva inflației sau indexarea

- 7.1 Cu cel mult **45 de zile înaintea fiecărei aniversări a Contractului de asigurare** în vigoare, **Asigurătorul va transmite Contractantului oferta de indexare prin majorarea primei de asigurare și implicit a sumei asigurate**, astfel:
- a. dacă moneda Contractului de asigurare este lei, prima de asigurare și suma asigurată va fi majorată cu procentul de indexare stabilit de Asigurător;
 - b. dacă moneda Contractului de asigurare este alta decât lei, suma asigurată și prima de asigurare vor fi calculate conform principiilor standard ale matematicii actuariale.
- Nu sunt necesare investigații medicale suplimentare în cazul acceptării ofertei de majorare.
- 7.2 În cazul în care Contractantul nu plătește prima de asigurare aferentă aniversării Contractului de asigurare, conform ofertei de majorare, până la sfârșitul perioadei de grație, opțiunea pentru indexare nu este valabilă pentru acel an de asigurare.
- 7.3 Cu **două aniversări înainte de data de expirare a Contractului de asigurare**, Contractantul nu mai poate **opta pentru protecția împotriva inflației/ indexare**.
- 7.4 Opțiunea pentru protecția împotriva inflației/ indexarea nu este posibilă în cazul transformării Contractului de asigurare într-un Contract cu suma asigurată redusă.

8. Participarea la profit

- 8.1 **Începând cu al patrulea an de asigurare**, Asigurătorul va repartiza Contractului de asigurare în vigoare, **90% din excedentul de dobândă** obținut prin **investirea rezervei matematice**. Excedentul de dobândă va fi egal cu diferența dintre rata dobânzii obținute prin investirea rezervei matematice și dobânda tehnică garantată.

Valoarea profitului aferent aniversării Contractului de asigurare va fi comunicat Contractantului.

- 8.2 Profitul repartizat, în cazul în care acesta există, se va păstra într-un cont separat numit cont de beneficii. Contul de beneficii este purtător de dobândă. Dobânda acordată pentru acest cont este egală cu rata dobânzii obținute din investirea rezervei matematice.

9. Indemnizația de asigurare

- 9.1 În cazul **decesului Asiguratului în perioada de valabilitate** a Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti **indemnizația de asigurare Beneficiarului în caz de deces al Asiguratului**, desemnat în Certificatul de asigurare iar în lipsa acestuia, moștenitorilor conform legislației în vigoare.
- 9.2 În cazul în care au fost desemnați mai mulți Beneficiari, repartizarea indemnizației de asigurare se va face în părți egale în situația în care nu s-a specificat altfel în Contractul de asigurare.
- 9.3 **Indemnizația de asigurare** este formată din:
- Suma asigurată** - specificată în ultima formă a Poliței de asigurare și a Certificatului de asigurare, în vigoare, aferentă ultimei modificări sau majorări pentru protecția împotriva inflației/indexare și
 - participarea la profit**, dacă aceasta există.
- Asigurătorul va reduce indemnizația de asigurare cu prima de asigurare neplătită în perioada de grație.
- 9.4 **În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației** de asigurare, Beneficiarul trebuie **să notifice evenimentul** produs la linkul următor: <https://www.groupama.ro/avizare-daune-online> și să atașeze următoarele **documente**:
- acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: act de identitate/ pașaport (copie), documente din care să rezulte calitatea de moștenitor, după caz;
 - certificat de deces sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului (copie);
 - certificat medical constatator al decesului (copie);
 - documente medicale care să cuprindă diagnosticul și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu producerea riscului asigurat (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.);
 - proces verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului (copie): declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
 - alte documente solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al indemnizației de asigurare.
- 9.5 Documentele emise într-o limbă străină trebuie **însoțite de traducere autorizată**, costul traducerii fiind suportat de către Beneficiar/ Asigurat.
- 9.6 În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, este **incompletă**, se va trimite o adresă Beneficiarului/Asiguratului prin care se vor solicita documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor Asigurătorul nu poate determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația sau de a aplica exonerarea.
- 9.7 Asigurătorul nu are dreptul de a elibera copii ale documentelor emise de alte instituții (medic de familie, spital IML, Poliție, Parchet etc.), cu excepția cazului în care sunt solicitate de către autoritățile abilitate (ASF, instanțe de judecată etc.).
- 9.8 Prin încheierea Contractului de asigurare, Asigurătorul este autorizat de Asigurat să acționeze în numele lor pentru îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată determina cu exactitate împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat.
- 9.9 În cazul în care **nu a fost stabilit un Beneficiar** sau dacă **Beneficiarul desemnat a decedat** înaintea producerii riscului asigurat, plata se face **moștenitorilor legali ai Asiguratului**, conform legislației în vigoare.
- 9.10 În cazul în care **Contractantul**, în calitate de **persoană juridică**, este și Beneficiar în caz de deces al Asiguratului, **poate beneficia de maximum 50%** din indemnizația de asigurare.
- 9.11 Dacă Contractantul nu respectă obligațiile din Contractul de asigurare în ceea ce privește dreptul de a încasa indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea clarificărilor necesare.
- 9.12 Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizației de asigurare nu reprezintă o garanție că Asigurătorul recunoaște obligația de plată a indemnizației.
- 9.13 Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**:
- în lei** - în cazul în care moneda contractului este în valută, indemnizația se achită în lei la cursul de referință stabilit de BNR în data plății;
 - în maximum 30 de zile** de la data depunerii **documentației complete**, inclusiv a formularului (tip) transmis de Asigurător, în contul bancar al Beneficiarului, deschis la o bancă de pe teritoriul României.

- 9.14 Dacă Contractantul a optat pentru una sau mai multe **asigurări suplimentare**, Asigurătorul va acorda indemnizațiile de asigurare aferente acestora, **independent de indemnizația de asigurare** acordată pentru asigurarea de bază.
- 9.15 Asigurătorul poate suspenda instrumentarea dosarului de daună în vederea efectuării de cercetări cu privire la dreptul Asiguratului/ Beneficiarului de a obține despăgubiri. Suspendarea instrumentării dosarului de daună se va face doar în cazul în care există motive temeinice pentru efectuarea acestor cercetări suplimentare. Asiguratul va fi înștiințat în scris de suspendare, precum și de motivele care stau la baza suspendării, în cel mai scurt timp de la luarea deciziei de suspendare. De asemenea, Asiguratului i se va comunica și durata suspendării, precum și data de la care curge termenul de suspendare, data întotdeauna anterioară datei înștiințării. Durata suspendării nu va depăși, în acest caz, 60 de zile. În cazuri excepționale justificate, se poate prelungi termenul de suspendare cu cel mult 30 de zile, cu înștiințarea prealabilă a Asiguratului, căruia i se vor comunica și motivele care au condus la necesitatea prelungirii termenului.
- 9.16 Asigurările suplimentare nu au participare la profit și/ sau valoare de răscumpărare.

10. Indemnizația de maturitate

- 10.1 Asigurătorul va plăti indemnizația de maturitate Asiguratului cu condiția ca **acesta să fie în viață la data de expirare a Contractului de asigurare și toate primele de asigurare să fie plătite**.
- 10.2 Indemnizația de maturitate este formată din:
- suma asigurată garantată** - specificată în ultima formă a Poliței de asigurare și a Certificatului de asigurare în vigoare - aferentă ultimei modificări sau majorări pentru protecția împotriva inflației/ indexare;
 - participarea la profit**, dacă aceasta există.
- 10.3 Indemnizația de maturitate **se plătește integral sau eșalonat** anual sau lunar pe o perioadă de 5 ani, în funcție de opțiunea Asiguratului la expirarea Contractului de asigurare.
- 10.4 Pentru a intra în posesia indemnizației de maturitate, Asiguratul trebuie să ne transmită cu **45 zile înaintea datei de expirare a Contractului** de asigurare, următoarele documente:
- Cerere de maturitate (tip);
 - Certificat de naștere/ act de identitate/ pașaport Asigurat (copie);
 - Copie dovadă cont bancar IBAN al titularului de cont.
- 10.5 În cazul în care Contractul a ajuns la termen (la maturitate) și Asiguratul nu a transmis documentele solicitate, acesta nu va mai avea posibilitatea de a alege opțiunea de rentă (eșalonare).
- 10.6 În cazul în care Asiguratul a decedat după data de expirare a Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de maturitate moștenitorilor Asiguratului, în baza Certificatului de deces a Asiguratului, precum și a documentelor specificate în **acest Capitol**, depuse de aceștia, și a actelor care dovedesc calitatea de moștenitor, conform legislației în vigoare.
- 10.7 Pentru un Contract cu suma asigurată redusă, Asigurătorul va plăti Asiguratului indemnizația de maturitate corespunzătoare.
- 10.8 Asigurătorul va plăti indemnizația de maturitate:
- în lei** - în cazul în care moneda contractului este în valută, indemnizația de maturitate se achită în lei la cursul de referință stabilit de BNR în data plății;
 - în maximum 30 zile de la data depunerii documentației complete**, în contul bancar al Asiguratului deschis la o bancă de pe teritoriul României, specificat în Cererea indemnizației de maturitate (tip).
- 10.9 Dacă Asiguratul nu respectă obligațiile din Contractul de asigurare în ceea ce privește dreptul de a încasa indemnizația de maturitate, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea clarificărilor necesare.

11. Valoarea de răscumpărare

- 11.1 Contractantul va cunoaște Valorile de răscumpărare, valabile la începutul fiecărui an de asigurare, din **Tabelul valorilor de răscumpărare, prezentat în Polița de asigurare**. Contractul de asigurare **are valoare de răscumpărare începând cu al patrulea an de asigurare**, în cazul în care Contractantul a plătit primele de asigurare scadente pentru primii trei ani întregi.
- 11.2 Valoarea de răscumpărare se calculează pe baza rezervei matematice, în conformitate cu principiile standard ale matematicii actuariale și nu este **egală cu totalul primelor de asigurare plătite**.
- 11.3 Contractantul poate **solicita valoarea de răscumpărare** în orice moment, dacă aceasta există, prin transmiterea următoarelor documente:
- Cerere de răscumpărare (tip);

- b. Act de identitate pentru determinarea legitimității de a obține Valoarea de răscumpărare (copie);
- c. Dovada cont bancar IBAN titular cont.
- 11.4 În cazul în care Contractantul solicită răscumpărarea, Asigurătorul va **plăti** valoarea de răscumpărare pentru perioada acoperită de Contractul de asigurare în vigoare aferentă ultimei modificări sau indexări și Participarea la profit dacă aceasta există.
- 11.5 Asigurătorul va **plăti** valoarea de răscumpărare:
 - **în lei** - în cazul în care moneda contractului este în valută, indemnizația de maturitate se achită în lei la cursul de referință stabilit de BNR în data plății;
 - **în maximum 30 zile de la data depunerii documentației complete**, în contul bancar al Contractantul deschis la o bancă de pe teritoriul României, specificat în Cererea de răscumpărare (tip).
- 11.6 Dacă Contractantul nu respectă obligațiile din Contractul de asigurare în ceea ce privește dreptul de a încasa Valoarea de răscumpărare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea clarificărilor necesare.
- 11.7 **Prin plata Valorii de răscumpărare, Contractul de asigurare încetează, fără posibilitatea repunerii în vigoare ulterioare.**
- 11.8 Contractul transformat definitiv într-un Contract cu sumă asigurată redusă va avea valoare de răscumpărare.

12. Excluderi

- 12.1 Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare, în cazul în care, pe perioada asigurată, respectiv la data producerii riscului asigurat se constată că:
 - Evenimentul produs a fost cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:
 - a. **orice condiție preexistentă nedeclarată;**
 - b. război declarat sau nu, război civil, operațiuni de război, ostilități militare, invazie, răzcoale, tulburări sociale, revoluție, rebeliune, grevă, insurecție, conspirație, acte de terorism sau sabotaj;
 - c. explozii atomice, radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, sau infestări radioactive urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
 - d. catastrofă ecologică;
 - e. **epidemie națională sau pandemie** confirmată de autoritățile competente;
 - f. acțiunea directă a Asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie și/ sau 0,4 la mie în aer;
 - g. actul intenționat al Beneficiarului, pentru care acesta a fost condamnat definitiv. În acest caz, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare celorlalți Beneficiari desemnați sau moștenitorilor Asiguratului/ Contractantului, în conformitate cu legislația în vigoare;
 - h. comiterea sau încercarea de a comite, cu intenție de către Asigurat, ca autor sau complice, a unor acțiuni violente sau criminale, imprudente sau neglijente grave, prevăzute de legea penală în vigoare;
 - i. **abuz de medicamente/ droguri/ alcool**, introducerea intenționată a unor substanțe nocive în organism sau administrarea inadecvată a unor substanțe folosite în terapeutică;
 - j. **infecția cu H.I.V.;**
 - k. **o acțiune hazardată** reprezentată de fapta Asiguratului care a condus la producerea riscului asigurat, săvârșită cu intenție sau din culpă și/ sau săvârșită din neglijență și/ sau imprudență prin care a încălcat prevederi legale, recomandări, avertismente și/ sau atenționări date de organele în drept inclusiv de servicii de salvare abilitate (salvamar, salvamont, etc), cum ar fi: înotul când steagul roșu este arborat, schiul în afara pârtiilor amenajate, mersul cu bicicleta pe teren accidentat în afara pistelor amenajate. Enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă.
 - Asiguratul se află în una din situațiile de mai jos:
 - a. este înrolat în **serviciul militar;**
 - b. practică **sporturi sau activități considerate periculoase** cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatică sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria, mersul cu motocicletă/ ATV-ul în afara drumurilor publice (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 (zborurile charter organizate de societăți autorizate de transporturi persoane sunt acoperite de prezenta asigurare).
- 12.2 În cazul **decesul Asiguratului** în situațiile prevăzute în articolul de mai sus, **Contractul de asigurare va înceta iar Asigurătorul va plăti valoarea de răscumpărare**, dacă aceasta există, Beneficiarului sau moștenitorilor, conform legislației în vigoare, calculată la data producerii decesului, fără alte obligații de plată din partea Asigurătorului.

12.3 În cazul **sinuciderii** Asiguratului/ Contractantului:

- În primii 2 ani de la intrarea în vigoare a Contractului de asigurare, Asigurătorul va fi degrevat de orice răspundere;
- după primii 2 ani de la intrarea/ repunerea în vigoare a Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarului indemnizația de asigurare.

În cazul sinuciderii Asiguratului după primii doi ani de la intrarea/repunerea în vigoare a Contractului de asigurare și în cazul în care s-a făcut o majorare a sumei asigurate după acest termen, la solicitarea Contractantului, alta decât conform Capitolului 6 din prezentele Condiții de asigurare, Asigurătorul va lua în considerare suma asigurată anterioară majorării și va restitui primele de asigurare plătite în plus pentru majorarea sumei asigurate.

13. Responsabilitățile Contractantului și ale Asiguratului

13.1 Contractantul și/ sau Asiguratul trebuie să ofere Asigurătorului **declarații exacte și complete**, deoarece, pe baza acestora Asigurătorul va prelua acoperirea riscurilor asigurate.

Prin urmare, Contractantul/Asiguratul trebuie să înștiințeze în scris Asigurătorul despre toate condițiile pe care le cunoaște și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului asigurat, astfel:

- la completarea Cererii de asigurare/ Chestionarul la Cererea de asigurare - prin declararea adevărului și a informațiilor exacte și complete;
- pe toată durata de valabilitate a Contractului de asigurare - prin înștiințarea în scris cu privire la orice schimbare intervenită în ocupația, domiciliul (rezidența) Asiguratului și sporturile practicate de acesta, altele decât cele de agrement practicate ocazional în scop recreativ, ca amator, în termen de 7 zile de la producerea schimbării. În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul de a relua procesul de evaluare a riscurilor asigurate. Asigurătorul va transmite în scris decizia sa Contractantului, prin intermediul Distribuitorului de asigurări sau la adresa de corespondență a Contractantului/ Asiguratului comunicate Asigurătorului.

13.2 Dacă Contractantul sau Asiguratul vor furniza declarații inexacte, informații incomplete sau dacă nu înștiințează Asigurătorul de schimbările intervenite în termenul specificat, conform articolului precedent, Asigurătorul își rezervă dreptul de a:

- înainte de producerea riscului asigurat** - propune modificarea corespunzătoare a Contractului de asigurare sau să-l rezilieze după 10 zile de la data primirii notificării, în cazul în care, cunoscând exact circumstanțele, Contractul de asigurare nu s-ar fi încheiat;
- după producerea riscului asigurat** – reduce indemnizația de asigurare cuvenită, corespunzător raportului dintre prima de asigurare stabilită și cea care, cunoscându-se exact circumstanțele sau având date complete, ar fi fost datorată, sau să refuze plata indemnizației, dacă în acele circumstanțe Contractul de asigurare nu s-ar fi încheiat, fără obligația returnării primelor de asigurare.

13.3 Dacă Contractantului sau Asiguratul vor furniza declarații inexacte sau de reticență făcute cu rea credință, Contractul de asigurare va deveni nul iar Asigurătorul își rezervă dreptul de a reține primele de asigurare cuvenite până la momentul la care am luat cunoștință de aceste declarații.

13.4 În cazul unui accident sau unei îmbolnăviri, Asiguratul are obligația, dacă starea sănătății îi permite, să se prezinte la o unitate sanitară sau la un medic pentru a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris, de a solicita și de a accepta imediat să fie supus unui **tratament medical calificat în vederea restabilirii stării sale de sănătate**.

13.5 Asiguratul va solicita medicilor săi curanți și va comunica Asigurătorului toate informațiile privind starea de sănătate.

13.6 Dacă Asiguratul nu respectă tratamentul recomandat pentru restabilirea stării sale de sănătate, Asigurătorul va avea dreptul de a refuza acoperirea riscului asigurat și plata indemnizației de asigurare.

13.7 **Asigurătorul va fi înștiințat** (notificat), cât mai curând posibil, despre producerea oricărui eveniment prevăzut în Contractul de asigurare, dar **nu mai târziu de 30 de zile de la data producerii acestuia**, iar **în termen de 6 (șase) luni de la deschiderea dosarului** de daună, **Asiguratul/ Contractantul/ Beneficiarul are obligația să pună la dispoziția Asigurătorului toate documentele necesare soluționării dosarului**. În caz contrar, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului asigurat.

14. Corespondența oficială

14.1 Documentele ce au fost trimise Asigurătorului, în vederea încheierii Contractului de asigurare sau ulterior intrării lui în vigoare, au valoare juridică numai dacă au fost prezentate în formă scrisă și au fost înregistrate

de Asigurător.

- 14.2 Adresa de corespondență a Contractantului trebuie să fie pe teritoriul României. În cazul în care Contractantului părăsește România pentru mai mult de o lună, atunci trebuie să desemneze un mandatar, în România, pentru corespondența cu Asigurătorul. Dacă nu va exista un mandatar desemnat, Asigurătorul este îndreptățit să trimită toată corespondența la ultima adresă cunoscută, cu efect juridic.
- 14.3 În cazul în care Contractantului își va schimba adresa de corespondență fără să înștiințeze în scris **Asigurătorul**, acesta din urmă **va transmite toată corespondența la ultima adresă comunicată de către Contractantul**, fără să fie răspunzător de consecințele acestui lucru.

15. Cheltuieli, dobânzi și taxe

- 15.1 Cheltuielile cu examinările medicale standard, solicitate de Asigurător înainte de intrarea în vigoare a Contractului de asigurare, vor fi suportate de acesta. Examinările medicale standard, conform ofertei de asigurare, se efectuează numai la solicitarea Asigurătorului și în centrele medicale agreeate de acesta. Costurile legate de orice alte investigații medicale suplimentare solicitate de Asigurător (în afara celor standard) vor fi suportate de către Asigurat.
- 15.2 Taxele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de Contractant.
- 15.3 Taxele care se referă la plata indemnizațiilor de asigurare sau a Valorii de răscumpărare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de cei îndreptățiți să le primească.
- 15.4 Taxele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurător în vederea încheierii/ modificării Contractului de asigurare sau a plății indemnizației de asigurare vor fi suportate de Contractant/Asigurat/Beneficiar.

16. Teritorialitate

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

17. Prevederi finale

- 17.1 Contractul de asigurare este **guvernat de legislația română în vigoare**, privind asigurările și reasigurările, și de prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții de asigurare. Legea aplicabilă Contractului este legea română, iar orice litigiu privind Contractul de asigurare este de competența instanțelor judecătorești din România.
- 17.2 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.
- 17.3 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.
- 17.4 În cazul în care datele de identificare ale Contractantului/ Asiguratului/ Beneficiarului se regăsesc în **Lista persoanelor supuse sancțiunilor internaționale**, Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia Contractul de asigurare sau de a refuza plata indemnizației de asigurare, respectiv a valorii de răscumpărare.

Forța majoră

- 17.5. 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.
- 17.6. 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 de plin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune – interese.
- 17.7. În cazul constatării insolvabilității Asigurătorului, Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarul se pot adresa

Fondului de garantare conform Legii nr. 213/2015.

Soluționarea alternativă a litigiilor

- 17.8. Orice litigiu decurgând din/ sau în legătură cu acest Contract, inclusiv referitor la încheierea, executarea ori desființarea lui, se va soluționa **pe cale amiabilă**. În măsura în care părțile nu ajung la o soluție de compromis, litigiul va fi supus instanțelor judecătorești competente din România.
- 17.9. 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.
- 17.10. 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.

Soluționarea petițiilor

- 17.11. 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.
- 17.12. Notificarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:
- în scris, prin depunerea reclamației la sediul central sau în agențiile teritoriale ale Asigurătorului;
 - prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier;
 - 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.clienti@groupama.ro.
- 17.13. 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.

Prelucrarea datelor

- 17.14. 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.
- 17.15. Prin prezentele Condiții de asigurare va informăm ca puteți consulta oricând cea mai recentă versiune a documentului Politica de confidențialitate pe site-ul companiei, accesând <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>.
- 17.16. Pentru orice alte informații legate de Contract, vă rugăm să vă adresați direct Distribuitorului dumneavoastră de asigurări sau să consultați site-ul oficial al Asigurătorului: www.groupama.ro.
- 17.17. În caz de pierdere, sustragere sau distrugere a Poliței de asigurare, Asigurătorul va elibera, la cererea scrisă a Contractantului, un duplicat al acesteia.
- 17.18. **Prezentele Condiții de asigurare intră în vigoare la data de 29 iulie 2026** și se vor aplica tuturor Contractelor de asigurare încheiate după această data.

Clauze neuzuale

- 17.19. Sunt clauze neuzuale și acceptate expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Poliței de asigurare următoarele articole: 2.3.; 2.4; 3.2; 4.4; art. 5 (integral); 6.1; 6.2; art. 7 (integral); 8.1; 9.3 – teza finală; 9.4; 9.6; 9.10; 9.11; 9.12; 9.13; 9.16; 10.3; 10.4; 10.9; 11.6; art. 12 (integral); 13.2; 13.3; 13.4; 13.7; 17.2; 17.3; 17.4; 17.14.
- 17.20. Prevederile aferente Condițiilor de asigurare specifice asigurărilor suplimentare ce se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, sunt considerate în integralitate clauze neuzuale și

sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Contractului de asigurare.

18. Definirea termenilor

Accident	reprezintă orice eveniment, produs în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, cauzat de factori neprevăzuți, externi, vizibili, violenți, întâmplători și absolut independenți de voința Asiguratului/ Contractantului și care determină vătămarea corporală sau decesul acestuia. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore se consideră un singur accident.
An de asigurare	reprezintă perioada dintre două aniversări consecutive ale Contractului de asigurare.
Aniversare Contract de asigurare	se referă la data împlinirii fiecărui an de asigurare începând cu data intrării în vigoare a Contractului de asigurare, dată specificată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare. De exemplu, dacă data de început a Contractului de asigurare este data de 15 a unei luni, prima dată aniversară este data de 15 a aceleiași luni din anul următor, procedeul repetându-se pe toata durata asigurării.
Asigurare de bază	contract reglementat prin Condițiile generale la care pot fi atașate asigurări suplimentare.
Asigurat	este persoana fizică a cărei viață, integritate corporală sau sănătate fac obiectul Contractului de asigurare, cu vârsta de intrare și de ieșire acceptată de Asigurător. Asiguratul poate fi de tip principal, sau de tip dependent, soț/ soție/ partener sau copil natural sau înfiat necăsătorit, al/a Asiguratului principal. Dependenții pot beneficia de acoperire numai în cazul contractării următoarelor asigurări suplimentare: spitalizare ca urmare a unui accident sau spitalizare din orice cauză; intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau intervenții chirurgicale din orice cauză, Stomatologie, Sănătate emoțională, Chat medical, conform Condițiilor de asigurare specifice.
Asigurări suplimentare	sunt acoperiri opționale pe care Contractantul le poate atașa la încheierea sau la orice aniversare a Contractului de asigurare.
Beneficiar	este persoana fizică sau juridică, desemnată de Asigurat cu respectarea strictă a dispozițiilor legale privind capacitatea de exercițiu a Asiguratului, în Certificatul de asigurare pentru încasarea indemnizației de asigurare, în cazul producerii decesului Asiguratului. Beneficiarul persoană juridică poate deține maximum 50% din indemnizația de asigurare în caz de deces, diferența până la 100% fiind desemnată unei persoane fizice.
Boală	reprezintă orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/ sau a funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist, conform criteriilor clinice, paraclinice.
Cerere de asigurare	este formularul (tip) care conține date despre Contractant și Asigurat și informații necesare evaluării riscului asigurat și reprezintă manifestarea de voință și consimțământul Contractantului, respectiv Asiguratului în vederea încheierii Contractului de asigurare. Cererea de asigurare face parte din Contractul de asigurare.
Certificat de asigurare	este documentul eliberat de Asigurător și reprezintă pentru Asigurat dovada încheierii Contractului de asigurare. Certificatul de asigurare este parte integrantă a Contractului de asigurare.
Chestionar la Cererea de	este formularul (tip) care conține date despre Asigurat și informații necesare

asigurare	evaluării riscului asigurat și reprezintă manifestarea de voință și consimțământul Asiguratului în vederea încheierii Contractului de asigurare. Chestionarul la Cererea de asigurare face parte din Contractul de asigurare.
Condiție preexistentă	este orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării asigurării/ solicitării unor modificări contractuale ce implică recalcularea primei de asigurare sau a repunerii în vigoare.
Contract cu suma asigurată redusă	este acel Contract de asigurare pentru care Asigurătorul reduce suma asigurată proporțional cu valoarea primelor de asigurare deja plătite și durata de asigurare rămasă, pe baza principiilor matematicii actuariale, iar Asiguratul va beneficia de acoperire pentru noua sumă asigurată fără a mai continua plata primelor de asigurare. Odată cu transformarea definitivă a Contractului de asigurare într-un Contract cu suma asigurată redusă, asigurările suplimentare își încetează valabilitatea.
Contract de asigurare	este actul juridic care se încheie între Contractant, Asigurat și Asigurător, prin care Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare, iar Asigurătorul se obligă ca la producerea riscului asigurat să plătească indemnizația de asigurare.
Contractant	persoană fizică sau juridică care încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul, plătește prima de asigurare pentru acoperirea riscurilor asigurate privind o altă persoană/ propria persoană. Între Contractant și Asigurat trebuie să existe un interes asigurabil.
Durata asigurării	este perioada de timp exprimată în număr întreg de ani de asigurare începând cu data intrării în vigoare și până la data de expirare a Contractului de asigurare.
Distribuitor de asigurări	este persoana fizică sau juridică (angajatul Groupama Asigurări sau intermediar în asigurări), împuternicit de Asigurător să vă consilieze în vederea încheierii unei asigurări, să vă sprijine în completarea Cererii de asigurare/ Chestionarului la Cererea de asigurare, să intermedieze/ încheie asigurări în numele Asigurătorului, în conformitate cu prevederile stipulate în contractul în baza căruia i-a fost acordată împuternicirea.
Evaluare a riscului	reprezintă procesul prin care Asigurătorul determină dacă, și după caz, în ce condiții vom acorda acoperire prin asigurare potențialului Asigurat.
Indemnizația de asigurare	reprezintă suma de bani pe care Asigurătorul o va plăti în cazul producerii riscului asigurat, conform Condițiilor de asigurare.
Indemnizația de maturitate	reprezintă suma de bani pe care Asigurătorul o va plăti în cazul în care Asiguratul este în viață la data expirării Contractului de asigurare.
Interes asigurabil	este o cerință esențială pentru valabilitatea Contractului de asigurare și reprezintă existența unei relații clare între Asigurat și Contractant pe de o parte, respectiv între Asigurat și Beneficiar pe de altă parte. Această relație trebuie să justifice interesul legitim al Contractantului, pentru plata primelor de asigurare și nivelul sumelor asigurate alese, ce oferă protecție de natură financiară Beneficiarului/ Asiguratului.
Medic	persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
Asigurător	Groupama Asigurări S.A., societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înscrisă în Registrul asigurătorilor și reasigurătorilor sub nr. RA – 009/ 2003, Cod lei 549300EO4TPESE4LEE73. Adresa sediului social este: București, Str. Mihai Eminescu nr. 45, Sector 1.
Perioada de grație	termen de 30 de zile pentru plata primelor de asigurare datorate, timp în care

	riscurile asigurate sunt acoperite de Asigurător.
Polița de asigurare	este documentul eliberat de Asigurător și reprezintă dovada încheierii Contractului de asigurare. Polița de asigurare este parte integrantă a Contractului de asigurare.
Prima de asigurare	este suma de bani plătită de Contractant în schimbul asumării de către Asigurător a riscurilor asigurate.
Repunere în vigoare	reactivarea riscurilor asigurate conform Condițiilor generale de asigurare.
Rezervă matematică	este suma pe care Asigurătorul este obligat să o dețină în orice moment, pentru a putea plăti obligațiile care ne revin în baza Contractului de asigurare.
Risc asigurat	eveniment viitor, posibil, incert, definit în prezentele Condiții de asigurare, la producerea căruia Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare.
Rente	reprezintă modalitatea de plată a indemnizației de maturitate sub formă de plăți eșalonate cu sume fixe plătite de Asigurător, dacă se va opta pentru această variantă la expirarea Contractului de asigurare. Renta se determină pe baza calculelor actuariale în funcție de indemnizația de maturitate, tabela de mortalitate, dobânda tehnică și cheltuielile Asigurătorului, toți acești parametri fiind stabiliți cu 30 de zile înainte de data maturității Poliței de asigurare.
Scadență	data până la care Contractantul poate achita prima de asigurare, astfel încât să fie valabilă protecția prin asigurare.
Suma asigurată	este valoarea maximă garantată specificată în Polița de asigurare, pe care Asigurătorul se obligă să o plătească la producerea riscului asigurat, conform Condițiilor de asigurare.
Suspendarea instrumentării dosarului	este perioada necesară Asigurătorului pentru a efectua cercetări suplimentare de daună referitoare la cauzele și împrejurările producerii evenimentului Asigurat sau la repararea efectivă a prejudiciului. În această perioadă nu curg termenele prevăzute în Contract pentru plata indemnizației de asigurare. În cazul în care motivul de suspendare încetează, termenul Contractual continuă cu perioada rămasă nescursă la momentul suspendării;
Valoare de răscumpărare	este suma de bani pe care Asigurătorul este obligat să o plătească în cazul în care Contractul de asigurare este denunțat/ reziliat, conform Condițiilor de asigurare.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE DECES CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este decesul Asiguratului ca urmare a unui accident, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă. Prin această asigurare suplimentară, este acoperit și riscul de deces survenit din accident, într-o perioadă de maxim 1 an de la data unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării.

Astfel de accidente pot fi:

- a. accidentele în care este implicat orice mijloc de transport pe uscat, apă sau în aer;
- b. insolajii, degerări, colaps prin căldură sau frig de la care asiguratul nu s-a putut sustrage din cauza accidentului pe care l-a suferit;
- c. intoxicație acută involuntară și/sau asfixiere;
- d. înec;
- e. explozii, prăbușiri de teren, acțiunea fulgerului, acțiunea curentului electric;
- f. lovire, cădere, înțepare, tăiere, arsură;
- g. urmările imediate ale unei boli infecțioase acute post-traumatice sau ale turbării;
- h. urmările imediate ale efortului fizic excesiv și subit determinat de cauze de forță majoră pentru salvarea vieții;
- i. accidentele provocate de funcționarea utilajelor, aparatelor, uneltelor;
- j. accidentele rezultate ca urmare a utilizării armelor de foc, conform legislației în vigoare privind regimul armelor și munițiilor.

Enumerarea de mai sus este **ilustrativă și nu exhaustivă**.

- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 Indemnizația de asigurare este egală cu **suma asigurată specifică acestei asigurări suplimentare**, menționată în Polița de asigurare.
- 5.2 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte documentele menționate la **Capitolul Indemnizația de asigurare din Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază**.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**.

7. Definirea termenilor

Intoxicație acută	stare patologică acută determinată de introducerea, voluntară sau involuntară, în organism a uneia sau mai multor substanțe toxice. Prin substanță "toxică" se înțelege orice substanță care pătrunsă în organism pe diverse căi, provoacă tulburări funcționale și/ sau alterări structurale, având ca rezultat o stare patologică acută.
-------------------	--

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE DECES DIN ORICE CAUZĂ

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **decesul Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. Indemnizația de asigurare este egală cu **suma asigurată specifică acestei asigurări suplimentare**, menționată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.
- 5.2. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte documentele menționate la **Capitolul Indemnizația de asigurare din Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază**.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU DECES ȘI INVALIDITATE PERMANENTĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **decesului și/sau invaliditatea permanentă parțială sau totală** a Asiguratului ca urmare a unui accident, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, caz în care Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Prin această asigurare, se va acoperi:
 - riscul de deces survenit din accident, într-o perioadă de maxim **1 an** de la data unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării;
 - invaliditatea permanentă parțială sau totală survenită în maximum **1 an** de la data producerii accidentului.
- 2.3 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară **începe și încetează** conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurator pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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 acelorași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 În cazul **invalidității permanente parțiale** a Asiguratului ca urmare a unui accident în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare conform baremului procentual de indemnizare.
- 5.2 În cazul **invalidității permanente totale** a Asiguratului ca urmare a unui accident în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare conform prezentelor condiții de asigurare. Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de invaliditate permanentă totală, sunt următoarele:
 - pierderea completă a vederii ambilor ochi;
 - pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini;

- pierderea ambelor tibii;
 - pierderea unui antebrâu și a unui picior;
 - afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;
 - paralizia totală și permanentă;
 - orice altă situație de dobândire a invalidității permanente totale încadrate în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale privind protecția socială în vigoare, din România, sub rezerva confirmării de către Asigurător privind încadrarea într-un grad de invaliditate permanentă totală.
- 5.3 În cazul producerii **decesului** Asiguratului, Beneficiarul trebuie să prezinte documentele menționate la **Capitolul Indemnizația de asigurare** din Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază.
- 5.4 În cazul **invalidității permanente parțiale sau totale** ca urmare a unui accident, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază, următoarele documente medicale necesare evaluării gradului de invaliditate:
- a. raport medical în care să se precizeze cauza și încadrarea invalidității permanente parțiale sau totale;
 - b. documente medicale care să cuprindă diagnosticul, circumstanțele și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu evenimentul ce a condus la stabilirea invalidității (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.), precum și situația medicală la încheierea perioadei de recuperare recomandată de către medic;
 - c. decizia de încadrare în grad de invaliditate I sau II și decizia/deciziile de revizuire, dacă există, emise de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grad de invaliditate.
- 5.5 În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, acesta va trimite o adresă prin care se vor solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 5.6 În cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare astfel:
- **În cazul producerii decesului**, va plăti suma asigurată specifică acestei asigurări, menționată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, Beneficiarului în caz de deces al asiguratului, desemnat în Certificatul de asigurare.
Dacă nu a fost stabilit un Beneficiar sau dacă Beneficiarul desemnat a decedat înaintea producerii riscului asigurat, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare moștenitorilor, conform legislației în vigoare.
 - **În cazul invalidității permanente totale**, Asigurătorul va plăti Asiguratului suma asigurată specifică acestei asigurări suplimentare, menționată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.
 - **În cazul invalidității permanente parțiale**, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în funcție de invaliditatea permanentă dobândită, până la 100% din suma asigurată, conform procentajelor stabilite prin Baremul procentual de indemnizare.
- 5.7 În cazul în care survine decesul sau invaliditatea permanentă totală a Asiguratului după ce s-a achitat indemnizația aferentă unei invalidități permanente parțiale, Asigurătorul va plăti diferența dintre suma asigurată specifică acestei asigurări suplimentare și indemnizației deja plătită.
- 5.8 Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenite, aferente acestei asigurări, aceasta va fi plătită Beneficiarului în caz de deces al Asiguratului sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, dacă nu există Beneficiari desemnați.

Barem de indemnizare procentuală

Pierdere anatomică sau funcțională	Procente de indemnizare
Pierdere completă a vederii la un ochi	50%
Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%
Cecitate sau enucleere unilaterală	50%

Pierdere de substanță osoasă a cutiei craniene:

- Pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10%
- Pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20%
- Pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50%

Pierdere totală a unui plămân 50%

Pierdere totală a unui rinichi 30%

Pierdere totală a splinei 10%

Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare 40%

Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice 20%

A membrelor superioare dreapta stânga

Pierdere completă a antebrațului sau mâinii 60% 50%

Pierdere totală a membrului superior (mâinii) 70% 60%

Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului 25% 20%

Pierdere totală a palmei sau antebrațului 60% 50%

Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii 20% 15%

Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului 35% 25%

Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului 25% 20%

Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului 25% 20%

Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare 20% 15%

Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic) 15% 12%

Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului 25% 20%

Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului 25% 20%

Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului 35% 25%

Pierdere completă a degetului mare 20% 15%

Pierdere completă a degetului arătător 15% 10%

Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic 10% 8%

A membrelor inferioare

Pierdere completă a piciorului 50%

Pierdere totală a unui picior (laba piciorului) 40%

Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele 30%

Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi	50%
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului	60%
Pierdere totală a degetului mare de la picior	5%
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare	3%
Fractura nesudată a tibiei sau peroneului	25%
Fractura nesudată a rotulei	20%
Fractura nesudată a oaselor tarsului	15%
Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau genunchiului	20%
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri	15%

- 5.9 Orice **pierdere anatomică sau funcțională care nu este menționată în acest Barem**, se va încadra prin asimilare și în conformitate cu legislația în vigoare.
- 5.10 **Procentul de indemnizare** în cazul invalidității permanente parțiale se determină numai după terminarea tratamentului, dar nu mai devreme de trecerea unei perioade de **3 luni** de la data producerii accidentului și nu mai târziu de **1 an** de la acea dată. În cazul în care invaliditatea permanentă parțială este incontestabilă din punct de vedere medical, stabilirea procentului de indemnizare se poate face și înainte de expirarea perioadei recuperatorii de **3 luni**.
- 5.11 Pierdere absolută și iremediabilă a funcției unui organ, membru sau a unui sistem de organe este considerată ca pierdere anatomică a acestuia. În cazuri de diminuare a capacității de folosință, procentele stabilite prin baremul procentual de indemnizare se reduc în raport cu funcționalitatea pierdută.
- 5.12 În cazul pierderii prin amputare a unei părți a unui membru sau falangă, gradul de invaliditate se stabilește ca parte din procentul de indemnizare specificat în cazul pierderii în întregime al acestuia, în raport cu partea pierdută.
- 5.13 Dacă Asiguratul este stângaci, atunci procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare, pentru diverse infirmități ale mâinii drepte sau stângi, se inversează.
- 5.14 În caz de pierdere anatomică sau de reducere a funcției unui organ sau a unui membru cu deficit preexistent riscului asigurat acceptat de Asigurător, procentele indicate se vor micșora ținând seama de gradul de invaliditate calculat pentru deficitul preexistent.
- 5.15 În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre, în același accident, invaliditatea permanentă parțială se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare dintre pierderile respective până la limita maximă a **100%**.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază, precum și tentativa de sinucidere sau de autorânire a asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Invaliditate permanentă parțială	reducerea potențialului fizic și psiho-senzorial al Asiguratului în urma unui accident, nesusceptibilă de ameliorări, certificată de un medic agreat de Asigurător, evaluată conform baremului de indemnizare procentual al acestuia.
Invaliditate permanentă totală	pierdere anatomică totală, permanentă sau pierdere capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme de organe, cauzată în mod direct de un accident, în urma căruia Asiguratul devine incapabil să desfășoare orice activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit, prin încadrare în gradul I sau II de invaliditate conform legislației din România.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **invaliditatea permanentă parțială sau totală a Asiguratului ca urmare a unui accident**, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, **caz în care Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Prin această asigurare suplimentară se va acoperi invaliditatea permanentă parțială sau totală survenită în maximum un an de la data producerii accidentului.
- 2.3 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, 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 **invalidității permanente parțiale a asiguratului ca urmare a unui accident** în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare conform Baremului procentual de indemnizare.**
- 5.2 Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de **invaliditate permanentă totală survenită în maximum 1 an de la data producerii accidentului**, sunt următoarele:
 - a. pierderea completă a vederii ambilor ochi;
 - b. pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini;
 - c. pierderea ambelor tibii;

- d. pierderea unui antebraț și a unui picior;
- e. afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;
- f. paralizia totală și permanentă;
- g. orice altă situație de dobândire a invalidității permanente totale încadrate în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale privind protecția socială în vigoare din România, sub rezerva confirmării de către noi privind încadrarea într-un grad de invaliditate permanentă totală.

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:

- a. documente medicale necesare evaluării gradului de invaliditate;
- b. raport medical în care să se precizeze cauza și încadrarea invalidității permanente parțiale sau totale;
- c. documente medicale care să cuprindă diagnosticul, circumstanțele și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu evenimentul ce a condus la stabilirea invalidității (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.), precum și situația medicală la încheierea perioadei de recuperare recomandată de către medic;
- d. suplimentar față de punctul a., în cazul invalidității permanente totale: decizia de încadrare în grad de invaliditate I sau II și decizia/deciziile de revizuire, dacă există, emise de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grad de invaliditate (copie).

5.4 **În cazul invalidității permanente parțiale ca urmare a unui accident, Asigurătorul va plăti Asiguratului,** în funcție de invaliditatea permanentă dobândită, **până la 100% din suma asigurată, conform** procentajelor stabilite prin **Baremul procentual de indemnizare.**

5.5 În cazul invalidității permanente totale ca urmare a unui accident, Asigurătorul va plăti suma asigurată pentru această asigurare suplimentară, menționată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

5.6 În cazul în care survine invaliditatea permanentă totală a Asiguratului după ce Asigurătorul a achitat indemnizația aferentă unei invalidități permanente parțiale, Asigurătorul va plăti diferența dintre suma asigurată pentru această asigurare și indemnizația deja plătită.

5.7 **Procentul de indemnizare în cazul invalidității permanente parțiale se determină numai după terminarea tratamentului, dar nu mai devreme de trecerea unei perioade de 3 luni de la data producerii accidentului și nu mai târziu de 1 an de la acea dată.** În cazul în care invaliditatea permanentă parțială este incontestabilă din punct de vedere medical, stabilirea procentului de indemnizare se poate face și înainte de expirarea perioadei recuperatorii de 3 luni.

5.8 În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, se va trimite o adresă prin care Asigurătorul va solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.

5.9 **Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare** convenite, aferente acestei asigurări, **aceasta va fi plătită Beneficiarului** în caz de deces al Asiguratului sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, dacă nu există Beneficiari desemnați.

5.10 Pierderea absolută și iremediabilă a funcției unui organ, membru sau a unui sistem de organe este considerată ca pierdere anatomică a acestuia. În cazuri de diminuare a capacității de folosință, procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare se reduc în raport cu funcționalitatea pierdută.

5.11 În cazul pierderii prin amputare a unei părți a unui membru sau falangă, gradul de invaliditate se stabilește ca parte din procentul de indemnizare specificat în cazul pierderii în întregime al acestuia, în raport cu partea pierdută.

5.12 Dacă Asiguratul este stângaci, atunci procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare, pentru diverse infirmități ale mâinii drepte sau stângi se inversează.

5.13 În caz de pierdere anatomică sau de reducere a funcției unui organ sau a unui membru cu deficit preexistent riscului asigurat acceptat de Asigurător, procentele indicate se vor micșora ținând seama de gradul de invaliditate calculat pentru deficitul preexistent.

5.14 În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în același accident, invaliditatea permanentă parțială se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare dintre pierderile respective până la limita maximă a 100 de procente.

Barem de indemnizare procentuală

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ

Procente de indemnizare

Pierdere completă a vederii la un ochi

50%

Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%
Cecitate sau enucleere unilaterală	50%
Pierdere de substanță osoasă a cutiei craniene:	
- Pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10%
- Pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20%
- Pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50%
Pierdere totală a unui plămân	50%
Pierdere totală a unui rinichi	30%
Pierdere totală a splinei	10%
Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare	40%
Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice	20%

A membrelor superioare	dreapta	stânga
Pierdere completă a antebrațului sau mâinii	60%	50%
Pierdere totală a membrului superior (mâinii)	70%	60%
Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului	25%	20%
Pierdere totală a palmei sau antebrațului	60%	50%
Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii	20%	15%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic)	15%	12%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a degetului arătător	15%	10%
Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic	10%	8%

A membrelor inferioare	
Pierdere completă a piciorului	50%
Pierdere totală a unui picior (laba piciorului)	40%
Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele	30%
Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi	50%
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului	60%
Pierdere totală a degetului mare de la picior	5%
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare	3%
Fractura nesudată a tibiei sau peroneului	25%
Fractura nesudată a rotulei	20%
Fractura nesudată a oaselor tarsului	15%
Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau genunchiului	20%
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri	15%

5.15 Orice pierdere anatomică sau funcțională care nu este menționată în acest barem, se va încadra prin asimilare și în conformitate cu legislația în vigoare.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**, precum și următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

- tentativa de sinucidere sau de autorânire a Asiguratului**, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Invaliditate permanentă parțială	reducerea potențialului fizic și psihosenzorial al Asiguratului în urma unui accident, nesusceptibilă de ameliorări, certificată de un medic agreat de Asigurător, evaluată conform baremului de indemnizare procentual al Asigurătorului.
Invaliditate permanentă totală	pierdere anatomică totală, permanentă sau pierdere capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme de organe, cauzată în mod direct de un accident, în urma căruia Asiguratul devine incapabil să desfășoare orice activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit, prin încadrare în gradul I sau II de invaliditate conform legislației din România.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ DIN ORICE CAUZĂ

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **invaliditatea permanentă parțială sau totală** a Asiguratului ca urmare a unui accident sau diagnosticării unei boli, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, caz în care Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Prin această asigurare suplimentară, se va acoperi invaliditatea permanentă parțială sau totală, survenită în maximum un an de la data producerii accidentului sau de la diagnosticarea bolii.
- 2.3 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară **începe și încetează** conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurator pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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 acelorași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 În cazul **invalidității permanente parțiale** a Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare conform baremului procentual de indemnizare.
- 5.2 Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de **invaliditate permanentă totală**, sunt următoarele:
 - pierderea completă a vederii ambilor ochi;
 - pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini;
 - pierderea ambelor tibii;
 - pierderea unui antebraț și a unui picior;

- afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;
 - paralizia totală și permanentă;
 - orice altă situație de dobândire a invalidității permanente totale încadrate în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale privind protecția socială în vigoare, din România, sub rezerva confirmării de către Asigurător privind încadrarea într-un grad de invaliditate permanentă totală.
- 5.3 Pentru primele **30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări sunt acoperite numai riscurile datorate în urma unui accident. **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 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. documente medicale necesare evaluării gradului de invaliditate;
 - b. raport medical în care să se precizeze cauza și încadrarea invalidității permanente parțiale sau totale;
 - c. documente medicale care să cuprindă diagnosticul, circumstanțele și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu evenimentul ce a condus la stabilirea invalidității (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.), precum și situația medicală la încheierea perioadei de recuperare recomandată de către medic;
 - d. decizia de încadrare în grad de invaliditate I sau II și a deciziei/deciziilor de revizuire, dacă există, emisă de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grad de invaliditate (copie).
- 5.5 În cazul invalidității permanente parțiale, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în funcție de invaliditatea permanentă dobândită, până la **100% din suma asigurată**, conform procentajelor stabilite prin Baremul procentual de indemnizare.
- 5.6 În cazul invalidității permanente totale, Asigurătorul va plăti suma asigurată specifică acestei asigurări suplimentare.
- 5.7 În cazul în care survine invaliditatea permanentă totală a Asiguratului după ce Asigurătorul a achitat indemnizația aferentă unei invalidități permanente parțiale, Asigurătorul va plăti diferența dintre suma asigurată specifică acestei asigurări și indemnizația deja plătită.
- 5.8 Procentul de indemnizare în cazul invalidității permanente parțiale se determină numai după terminarea tratamentului, dar nu mai devreme de trecerea unei perioade de **3 luni** de la data producerii accidentului/diagnosticării bolii și nu mai târziu de **1 an** de la acea dată. În cazul în care invaliditatea permanentă parțială este incontestabilă din punct de vedere medical, stabilirea procentului de indemnizare se poate face și înainte de expirarea perioadei recuperatorii de **3 luni**.
- 5.9 În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, se va trimite o adresă prin care Asigurătorul va solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 5.10 Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenite, aferente acestei asigurări, aceasta va fi plătită Beneficiarului dacă este desemnat. În cazul în care nu a fost desemnat un Beneficiar, indemnizația se va plăti moștenitorilor legali ai Asiguratului.
- 5.11 Pierdere absolută și iremediabilă a funcției unui organ, membru sau a unui sistem de organe este considerată ca pierdere anatomică a acestuia; în cazuri de diminuare a capacității de folosință, procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare se reduc în raport cu funcționalitatea pierdută.
- 5.12 Dacă Asiguratul este stângaci, atunci procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare, pentru diverse infirmități ale mâinii drepte sau stângi se inversează.
- 5.13 În cazul pierderii prin amputare a unei părți a unui membru sau falangă, gradul de invaliditate se stabilește ca parte din procentul de indemnizare specificat în cazul pierderii în întregime al acestuia, în raport cu partea pierdută.
- 5.14 În caz de pierdere anatomică sau de reducere a funcției unui organ sau a unui membru cu deficit preexistent riscului asigurat acceptat de Asigurător, procentele indicate se vor micșora ținând seama de gradul de invaliditate calculat pentru deficitul preexistent.
- 5.15 În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre, în același accident, invaliditatea permanentă se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare dintre pierderile respective până la limita maximă a **100%**.
- 5.16 Orice **pierdere anatomică sau funcțională care nu este menționată în acest Barem**, se va încadra prin asimilare și în conformitate cu legislația în vigoare.

Barem de indemnizare procentuală

Pierdere anatomică sau funcțională	Procente de indemnizare	
Pierdere completă a vederii la un ochi	50%	
Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%	
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%	
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%	
Cecitate sau enucleere unilaterală	50%	
Pierdere de substanță osoasă a cutiei craniene:		
- Pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10%	
- Pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20%	
- Pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50%	
Pierdere totală a unui plămân	50%	
Pierdere totală a unui rinichi	30%	
Pierdere totală a splinei	10%	
Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare	40%	
Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice	20%	
A membrelor superioare	dreapta	stânga
Pierdere completă a antebrațului sau mâinii	60%	50%
Pierdere totală a membrului superior (mâinii)	70%	60%
Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului	25%	20%
Pierdere totală a palmei sau antebrațului	60%	50%
Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii	20%	15%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic)	15%	12%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara	25%	20%

arătătorului

Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a degetului arătător	15%	10%
Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic	10%	8%

A membrelor inferioare

Pierdere completă a piciorului	50%
Pierdere totală a unui picior (laba piciorului)	40%
Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele	30%
Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi	50%
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului	60%
Pierdere totală a degetului mare de la picior	5%
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare	3%
Fractura nesudată a tibiei sau peroneului	25%
Fractura nesudată a rotulei	20%
Fractura nesudată a oaselor tarsului	15%
Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau genunchiului	20%
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri	15%

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază, precum și următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

- orice condiție preexistentă (doar pentru asigurările de viață de grup);
- tentativa de sinucidere sau de autorânire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Invaliditate permanentă totală	pierdere anatomică totală, permanentă sau pierdere a capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme de organe, cauzată în mod direct de un accident sau o boală, în urma căruia Asiguratul devine incapabil să desfășoare orice activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit și prin încadrare în gradul I sau II de invaliditate, conform legislației din România.
Invaliditate permanentă parțială	reducerea potențialului fizic și psiho-senzorial al Asiguratului în urma unui accident sau cauzată de o boală, nesusceptibilă de ameliorări, certificată de un medic agreeat de Asigurător, evaluată conform baremului de indemnizare procentuală.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat reprezintă **cheltuielile medicale cu recomandare medicală validă suportate de Asigurat, ca urmare a unui accident**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 Indemnizația de asigurare este reprezentată de **contravaloarea cheltuielilor medicale efectuate de Asigurat pe perioada unui an de asigurare și cu recomandare validă din partea unui medic, pe baza documentelor medicale și a chitanțelor/ facturilor fiscale emise pe numele Asiguratului**, până la limita maximă prevăzută în Polița de asigurare/ Certificatul 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**:
 - **transportul efectuat de servicii de urgență** de specialitate până la cel mai apropiat spital;
 - **medicamentele și materialele sanitare prescrise de medic**, materialele medicale ajutoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (orteze, corsete, gips) ca urmare a unui accident în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
 - **investigații medicale** - ecografie, radiografie; lista este limitativă;
 - **servicii dentare de urgență** - tratamentul dentar de urgență în urma unui accident, inclusiv radiografie dentară, dacă este recomandată de medic, în limita a 450 lei/an sau echivalentul în moneda Contractului

de asigurare;

- **chirurgia plastică și reparatorie, implantologia** când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.

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:

- **prescripție medicală/ recomandare medicală validă;**
- **documente de plată**, chitanțele sau facturile fiscale emise pe numele Asiguratului din care să reiasă cheltuielile medicale efectuate și necesitatea medicală a acestora, care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și serviciile medicale prestate.

5.4 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. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 de zile de la data eliberării acestora.

5.5 Indemnizația de asigurare se va plăti Asiguratului până la 100% din suma asigurată pe perioada unui an de asigurare. Pentru cazurile în care cheltuielile medicale efectuate de Asigurat depășesc suma asigurată, costurile suplimentare vor fi suportate de acesta.

5.6 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice privind cheltuielile medicale determinate de:

- otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident sau încadrate ca tratament dentar de urgență;
- chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul concepției unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fatului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivatia solicitării/ efectuării acestora - prevenire, screening, investigare, monitorizare și/ sau tratament) inclusiv urmările acestora dacă nu sunt consecințe directe ale accidentului;
- controalele medicale sau monitorizările de rutină, cercetările exploratorii, investigațiile;
- ca urmare a oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil manifestate/ diagnosticate într-o etapă ulterioară sau diagnosticate/ agravate în urma unui traumatism pe parcursul vieții (cum ar fi deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocel, hidrocel congenital, hidronefroza congenitală, fimoză congenitală, nevi congenitali; Enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- 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; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- cumpărarea de vitamine, suplimente alimentare, produse naturiste sau medicamente care nu se găsesc în nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului; achiziționarea de dispozitive medicale (aparate auditive, tensiometre, aparate de măsurat glicemia; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă)
- monitorizări afecțiuni cronice (tratamente lunare);
- examinări imagistice (exemplu: RMN, CT).

7. Definirea termenilor

Cheltuieli medicale	cheltuieli suportate de Asigurat în urma producerii unui accident pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.
---------------------	---

Recomandare medicală	o recomandare care trebuie să respecte simultan următoarele criterii:
----------------------	---

validă

- să fie lizibilă, să conțină numele pacientului, diagnostic, data, parafa și semnătura medicului;
- să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale/ cheltuielilor medicale;
- să fie eliberată de un medic a cărui specialitate medicală este încadrată în categoria specialităților clinice; pentru claritate: recomandările emise de medici cu specialități paraclinice nu sunt considerate valide, fiind adresate medicului curant și nu pacientului;
- să respecte limitele de competență profesională ale medicului trimițător: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificată prin diagnosticul de trimitere.

Urgența medicală

vătămarea corporală sau afecțiunea acută ce presupune un risc imediat care, în absența imediată a tratamentului, poate pune în pericol sănătatea/ viața Asiguratului.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE DIN ORICE CAUZĂ

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat reprezintă **cheltuielile medicale cu recomandare medicală validă suportate de Asigurat**, ca urmare a unui **accident sau a diagnosticării cu o boală**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează **conform capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare din Condițiile generale**.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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 Indemnizația de asigurare este reprezentată de **contravaloarea cheltuielilor medicale efectuate de Asigurat pe perioada unui an de asigurare și cu recomandare validă din partea unui medic, 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:
 - **transportul** efectuat de servicii de urgență de specialitate până la cel mai apropiat spital;
 - **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 diagnosticate în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
 - **investigații medicale** – ecografie, radiografie; 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, în limita a 450 lei/an sau echivalentul în moneda Contractului de asigurare.

- **chirurgia plastică și reparatorie**, implantologia când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.
- 5.3 Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări **sunt acoperite numai riscurile datorate în urma unui accident**. 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 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: prescripție medicală/ recomandare medicală validă, documente de plată, chitanțele sau facturile fiscale emise pe numele Asiguratului din care să reiasă cheltuielile medicale efectuate și necesitatea medicală a acestora, 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. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 de zile de la data eliberării acestora.
- 5.5 **Indemnizația de asigurare se va plăti Asiguratului până la 100% din suma asigurată pe perioada unui an de asigurare**. Pentru cazurile în care cheltuielile medicale efectuate de Asigurat depășesc suma asigurată, costurile suplimentare vor fi suportate de acesta.
- 5.6 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice privind cheltuielile medicale determinate de:

- a. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- b. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident sau încadrate ca tratament dentar de urgență;
- c. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- d. accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul conceperii unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fatului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivația solicitării/efectuării acestora - prevenție, screening, investigare, monitorizare și/sau tratament) inclusiv urmările acestora dacă nu sunt consecințe directe ale accidentului;
- e. controalele medicale sau monitorizările de rutină, cercetările exploratorii, investigațiile;
- f. ca urmare a oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil manifestate/diagnosticate într-o etapă ulterioară sau diagnosticate/ agravate în urma unui traumatism pe parcursul vieții (cum ar fi deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocel, hidrocel congenital, hidronefroza congenitală, fimoza congenitală, nevi congenitali; Enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- g. bolile cu transmitere sexuală;
- h. tratarea unor arsuri de grad I;
- i. tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale, asistența medicală acordată de homeopati, medicina naturistă, medicina alternativă;
- j. tratamentul recuperator și fizioterapia (de exemplu: masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- k. cumpărarea de vitamine, suplimente alimentare, produse naturiste sau medicamente care nu se găsesc în nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului; achiziționarea de dispozitive medicale (aparate auditive, tensiometre, aparate de măsurat glicemia; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă)
- l. monitorizări afecțiuni cronice (tratamente lunare);
- m. examinări imagistice (exemplu: RMN, CT).

7. 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.
Recomandare medicală validă	o recomandare care trebuie să respecte simultan următoarele criterii: • să fie lizibilă, să conțină numele pacientului, diagnostic, data, parafa și semnătura medicului; • să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale/cheltuielilor medicale; • să fie eliberată de un medic a cărui specialitate medicală este încadrată în categoria specialităților clinice; pentru claritate: recomandările emise de medici cu specialități paraclinice nu sunt considerate valide, fiind adresate medicului curant și nu pacientului; • să respecte limitele de competență profesională ale medicului trimițător: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificată prin diagnosticul de trimitere.
Urgența medicală	vătămarea corporală sau afecțiunea acută ce presupune un risc imediat care, în absența imediată a tratamentului, poate pune în pericol sănătatea/viața Asiguratului.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **spitalizarea Asiguratului ca urmare a unui accident**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2 Suma asigurată pe zi și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, 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, **indemnizația zilnică pentru spitalizare** se va plăti Asiguratului **în limita maximă a numărului de zile pe an** prevăzut în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - a. Pentru **cel puțin 3 (trei) zile consecutive** de spitalizare ca urmare a unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării.
 - b. Pentru o perioadă de spitalizare **mai mare de 3 (trei) zile consecutive**, se va plăti indemnizația de asigurare pentru **întreaga perioadă de spitalizare**.
 - c. Dacă Asiguratul a fost internat la secția de **terapie intensivă**, indemnizația zilnică va fi **dublul indemnizației zilnice de spitalizare**, dar nu pentru mai mult de **7 (șapte) zile**.
 - d. Pentru **maximum 2 (două) spitalizări** pe an ca urmare a aceluiași accident, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive, apărute la maximum **90 de zile de la prima externare**.
- 5.2 În cazul în care **spitalizarea** începe în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare/ Certificatului de asigurare și **se continuă după expirare**, se vor acoperi până la maximum **30 zile de spitalizare după expirarea Poliței de asigurare/ Certificatului de asigurare**, în limita numărului de zile de spitalizare acoperite, conform prevederilor din Contractul de asigurare.

- 5.3 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul/ Reprezentantul său legal trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază:
- copia foii de observație;
 - biletul de externare sau orice document eliberat ca urmare a spitalizării.
- 5.4 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 5.5 Indemnizația de asigurare se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare.
- 5.6 Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea spitalizării.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**, precum și următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

- otrăvirea sau intoxicația prin introducerea substanțelor toxice (solide, lichide, gazoase) indiferent de căile de pătrundere în organism, cu excepția celor involuntare sau accidentale;
- afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii în urma accidentului;
- chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- controale medicale sau monitorizările de rutină, cercetări exploratorii sau investigații; tratamentul prin acupunctură, bioenergie sau metode neconvenționale, asistență medicală acordată de homeopați, medici naturaliști, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.).

7. Definirea termenilor

Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, și în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare și care duce la o nouă spitalizare.
Medic	persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
Indemnizație zilnică de spitalizare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de spitalizare a Asiguratului, conform Condițiilor specifice de asigurare. Indemnizația zilnică este egală cu suma asigurată zilnică.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește în cazul spitalizării Asiguratului. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare, conform Condițiilor specifice de asigurare.
Intoxicație acută	stare patologică acută determinată de introducerea, voluntară sau involuntară, în organism a uneia sau mai multor substanțe toxice. Prin substanță "toxică" se înțelege orice substanță care pătrunsă în organism pe diverse căi, provoacă tulburări funcționale și/ sau alterări structurale, având ca rezultat o stare patologică acută.
Spital	unitate organizată/ înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și

	echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
Recidivă	reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau spitalizarea recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi proceduri medicale prin internare.
Terapie intensivă	secția dintr-un spital în care se tratează bolnavii aflați în stare critică de sănătate, ce necesită monitorizarea permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea funcțiilor vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.
Zi de spitalizare	staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **spitalizarea Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2 Suma asigurată pe zi și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, 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, **indemnizația zilnică pentru spitalizare** se va plăti Asiguratului **în limita maximă a numărului de zile** pe an prevăzut în Polița de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - Pentru **cel puțin 3 (trei) zile consecutive** de spitalizare ca urmare a unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării.
 - Pentru o perioadă de spitalizare **mai mare de 3 (trei) zile consecutive**, se va plăti indemnizația de asigurare pentru **întreaga perioadă de spitalizare**.
 - Dacă asiguratul a fost internat la secția de **terapie intensivă**, indemnizația zilnică va fi **dublul indemnizației zilnice de spitalizare**, dar nu pentru mai mult de **7 (șapte) zile**.
 - Pentru **maximum 2 (două) spitalizări** pe an ca urmare a aceluiași accident sau aceleiași boli, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive, apărute la maximum **90 de zile de la prima externare**.
- 5.2 În cazul în care **spitalizarea** începe în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare/Certificatului de asigurare și **se continuă după expirare**, se vor acoperi până la maximum **30 zile de spitalizare după expirarea Poliței de asigurare / Certificatului de asigurare**, în limita numărului de zile de spitalizare acoperite, conform prevederilor din Contractul de asigurare.

- 5.3 Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări sunt acoperite numai riscurile datorate în urma **unui accident**. **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 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:
- c. copia foi de observație;
 - d. biletul de externare sau orice document eliberat ca urmare a spitalizării.
- Aceste documente ni se vor prezenta în termen de maximum 30 zile de la data eliberării acestora.
- 5.5 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 5.6 Indemnizația de asigurare se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare.
- 5.7 Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea spitalizării.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**, precum și următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

- a. orice condiție preexistentă (doar pentru asigurările de viață de grup);
- b. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea substanțelor toxice (solide, lichide, gazoase) indiferent de căile de pătrundere în organism, cu excepția celor involuntare sau accidentale;
- c. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident;
- d. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- e. accesarea oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul concepției unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fatului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivatia solicitării/ efectuării acestora - prevenție, screening, investigare, monitorizare și/ sau tratament) inclusiv urmările acestora, dacă nu sunt consecințe directe ale unui accident;
- f. controale medicale sau monitorizările de rutină, cercetări exploratorii sau investigații; tratamentul prin acupunctură, bioenergie sau metode neconvenționale, asistență medicală acordată de homeopati, medicină naturistă, medicină alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.);
- g. orice anomalie congenitală, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil manifestate/ diagnosticate într-o etapă ulterioară sau diagnosticate/ agravate în urma unui traumatism pe parcursul vieții (cum ar fi deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocel, hidrocel congenital, hidronefroza congenitală, fimoza congenitală, nevi congenitali. Enumerarea nu este limitativă);
- h. bolile cu transmitere sexuală;
- i. spitalizare ca urmare a unor proceduri/ tehnici/ manevre medico-chirurgicale incorecte;
- j. tentativa de sinucidere sau de autorânire a asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, și în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare și care duce la o nouă spitalizare.
Indemnizație zilnică de spitalizare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de spitalizare a Asiguratului, conform Condițiilor specifice de asigurare. Indemnizația zilnică este egală cu suma asigurată zilnică.

Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește în cazul spitalizării Asiguratului. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare, conform Condițiilor specifice de asigurare.
Intoxicație acută	stare patologică acută determinată de introducerea, voluntară sau involuntară, în organism a uneia sau mai multor substanțe toxice. Prin substanță “toxică” se înțelege orice substanță care pătrunsă în organism pe diverse căi, provoacă tulburări funcționale și/ sau alterări structurale, având ca rezultat o stare patologică acută.
Medic	persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
Recidivă	reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau spitalizarea recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi proceduri medicale prin internare.
Spital	unitate organizată/ înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
Terapie intensivă	secția dintr-un spital în care se tratează bolnavii aflați în stare critică de sănătate, ce necesită monitorizarea permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea funcțiilor vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.
Zi de spitalizare	staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **convalescența** Asiguratului, **incapacitatea temporară de muncă a asiguratului reprezentată de concediu medical sau întrerupere a activității** survenită ca urmare a unui **accident** în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2 Suma asigurată pe zi și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, 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, **indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară** se va plăti Asiguratului **în limita maximă a numărului de zile pe an** prevăzut în Polița de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - Dacă în urma accidentului, **Asiguratul nu a fost spitalizat** Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă doar dacă incapacitatea **durează mai mult de 5 zile consecutive. Pentru incapacități mai mici de 5 zile nu se va plăti indemnizația de asigurare.**
 - Dacă în urma accidentului **Asiguratul a fost spitalizat** Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare pentru perioadă de incapacitate temporară de muncă **începând cu prima zi de externare.**
- 5.2 În cazul în care incapacitatea temporară de muncă începe în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare/Certificatului de asigurare și se continuă după expirare, se vor acoperi până la **maximum 15 zile de incapacitate după expirarea Poliței de asigurare/Certificatului de asigurare**, în limita numărului de zile de incapacitate temporară acoperite, prevăzute în Contractul de asigurare.

- 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:
- scrisoare medicală/adeverință medicală cu menționarea perioadei de incapacitate (pentru categorii speciale de asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.);
 - 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.;
 - adeverință de la locul de muncă sau locul desfășurării ocupației declarate asiguratorului, care să ateste ocupația asiguratului la data accidentului și din care să rezulte perioada de incapacitate acordată acestuia;
 - 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.
- 5.4 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**, precum și următoarele:

- incapacitatea temporară de muncă în perioada în care Asiguratul se află în **străinătate**;
- incapacitatea temporară ca urmare a nașterii sau a oricărui eveniment legat de **sarcină**;
- incapacitatea temporară de muncă ca urmare a tratamentului prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale; asistența medicală acordată de homeopati, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.).

7. Teritorialitate

Prezența asigurare acoperă riscurile asigurate produse în România.

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.
Indemnizație zilnică pentru incapacitate temporară	suma de bani pe care noi o plătim asiguratului pentru fiecare zi de incapacitate temporară, conform prezentelor condiții de asigurare.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care noi o plătim Asiguratului în cazul în care acesta este în incapacitate temporară de muncă. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară și numărul de zile de incapacitate, conform Condițiilor speciale de asigurare.
Spital	unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
Zi de spitalizare	staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la

	recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.
Zile de incapacitate temporară	numărul de zile calendaristice pentru care Asiguratul este în incapacitate temporară de muncă, urmare directă a unui accident.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ DIN ORICE CAUZĂ

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 **Riscul asigurat** este **coalescența Asiguratului, incapacitatea temporară de muncă**, reprezentată de concediu medical sau întrerupere a activității survenită ca urmare a unui accident sau a unei boli, **în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare**, caz în care Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2 **Suma asigurată pe zi** și limitele specifice **sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare**.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu Asigurarea de bază sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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, **indemnizația zilnică** pentru incapacitate temporară **se va plăti** Asiguratului **în limita maximă a numărului de zile pe an** prevăzut în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - În cazul incapacității temporare ca urmare a unui **accident**:
 - Dacă, Asiguratul **nu a fost spitalizat** Asigurătorul **plătește indemnizația** de asigurare pentru întreaga perioadă doar dacă incapacitatea durează **mai mult de 5 zile consecutive**. Pentru incapacități **mai mici de 5 zile** nu se va plăti indemnizația de asigurare.
 - Dacă Asiguratul **a fost spitalizat** Asigurătorul **plătește indemnizația** de asigurare pentru perioadă de incapacitate temporară de muncă **începând cu prima zi de externare**.
 - În cazul incapacității temporare ca urmare a **diagnosticării unei boli**:
 - Dacă Asiguratul **nu a fost spitalizat** Asigurătorul **plătește indemnizația** de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate, doar dacă incapacitatea **durează mai mult de 5 zile consecutive**.

- Dacă Asiguratul **a fost spitalizat**, Asigurătorul **plătește indemnizația** de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate temporară de muncă **începând cu prima zi de externare**, dacă Asiguratul a fost **internat într-un spital pentru cel puțin 3 zile consecutive**. Pentru incapacități mai mici de 3 zile nu se va plăti indemnizația de asigurare.

- 5.2 În cazul în care **incapacitatea** temporară de muncă **începe în perioada de valabilitate** a Poliței de asigurare/ Certificatului de asigurare și se continuă **după expirare**, se vor acoperi până la maximum **15 zile de incapacitate după expirarea Poliței de asigurare/ Certificatului de asigurare**, în limita numărului de zile de incapacitate temporară acoperite, conform prevederilor din Polița de asigurare/ Certificatului de asigurare.
- 5.3 Pentru primele **30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări **sunt acoperite numai riscurile datorate în urma unui accident**. 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 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, următoarele:
 - a. scrisoare medicală/ adeverință medicală cu menționarea perioadei de incapacitate (pentru categorii speciale de asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.);
 - b. 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.;
 - c. adeverință de la locul de muncă sau locul desfășurării ocupației declarate asigurătorului, care să ateste ocupația asiguratului la data accidentului și din care să rezulte perioada de incapacitate acordată acestuia;
 - d. 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.
- 5.5 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază, precum și următoarele:

- a. orice condiție preexistentă (doar pentru asigurările de viață de grup);
- b. incapacitatea temporară de muncă în perioada în care asiguratul se află în străinătate;
- c. incapacitatea temporară ca urmare a nașterii sau a oricărui eveniment legat de sarcină;
- d. 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; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă).

7. Teritorialitate

Prezenta asigurare acoperă riscurile asigurate produse în România.

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 Asigurătorului, anterior producerii riscului.
Indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului pentru fiecare zi de incapacitate temporară, conform prezentelor Condiții de asigurare.

Indemnizația de asigurare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului în cazul în care acesta este în incapacitate temporară de muncă. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară și numărul de zile de incapacitate, conform Condițiilor specifice de asigurare.
Spital	unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
Zi de spitalizare	staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.
Zile de incapacitate temporară	numărul de zile calendaristice pentru care Asiguratul este în incapacitate temporară de muncă, urmare directă a unui accident sau a unei boli

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **intervenția chirurgicală** efectuată Asiguratului **ca urmare directă a unui accident**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 **Indemnizația de asigurare** pentru **intervenții chirurgicale** se calculează conform **Baremului de indemnizare procentual**, stabilit în funcție de **gradul de dificultate al acesteia**, în limita sumei asigurate pentru acest risc.
Asigurătorul va **plăti indemnizația de asigurare** cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident să se fi produs într-un termen de **cel mult 60 de zile** de la data accidentului, și nu mai mult de **30 de zile** de la data încetării asigurării la împlinirea termenului contractual. În situația încetării asigurării înainte de termen, din orice cauză, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident să se fi produs cel târziu în ultima zi de valabilitate a Contractului de asigurare stabilită potrivit rezilierii.
- 5.2 În cazul în care Asiguratul va fi supus mai multor intervenții chirurgicale pentru același accident, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare corespunzătoare intervenției chirurgicale cu cel mai ridicat grad de dificultate.
- 5.3 Prin prezenta asigurare suplimentară **sunt acoperite intervențiile chirurgicale, inclusiv cele determinate**

de eventuale complicații sau recidive, dar indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși **limita maximă de 100 de procente**.

- 5.4 În tabelul „Barem de indemnizare procentuală” sunt prezentate cele mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora. Orice procent de indemnizare nemenționat în prezentul barem, se va încadra prin asimilare.
- 5.5 În decursul unui an de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale, astfel:

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

- 5.6 Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 5.7 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul/ reprezentantul său legal trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază, următoarele (în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora):
- copia foii de observație;
 - biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a intervenției chirurgicale.
- 5.8 Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 5.9 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau în lipsa acestora moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 5.10 Baremul de indemnizare procentual este atașat prezentelor Condiții de asigurare.

Barem de indemnizare procentuală

CAP GÂT

Lobectomie a creierului	FOARTE MARE
Cranioplastie	MARE
Intervenție chirurgicală pentru fractură craniană	MARE
Intervenție chirurgicală pe creier sau meninge	MARE
Neurostimulare a creierului	MICĂ
Ventriculocisternostomie	MEDIE
Operație plastică a buzelor (consecință a unui accident)	MICĂ
Rezecția maxilarului	MEDIE
Excizia totală a limbii	MARE
Glosectomie parțială	MICĂ
Reconstrucție completă a orbitei	MEDIE

OPERAȚII OTORINOLARINGOLOGICE

Intervenție chirurgicală în urechea internă	MEDIE
Laringectomie	MEDIE
Reconstrucție laringe	MARE
Reconstrucție canal auditiv	MEDIE
Intervenție chirurgicală în urechea medie	MEDIE
Excizia nasului	MICĂ
Septoplastie (în urma unui accident)	MICĂ
Intervenție chirurgicală sinusuri/ FESS	MICĂ

OPERAȚII OFTALMOLOGICE

Extirpare ochi	FOARTE MARE
Dezlipire de retină	MICĂ
Excizia leziunii conjunctivale	MICĂ
Mici intervenții ale ochiului (conjunctivă, corneea, sutura pleoapei, îndepărtarea unui corp străin prin intervenție chirurgicală din straturile superficiale ale ochiului)	FOARTE MICĂ
Operații Neurochirurgicale	
Radicotomie spinală	MEDIE
Operații de decompresie primară asupra coloanei vertebrale	MEDIE
Excizie primară a unui disc intervertebral	MEDIE
Microdiscectomie	MEDIE
Drenaj de evacuare	MICĂ
Nervi	
Grefă de nerv	MARE
Neurectomie	MEDIU
Neurosutura, neurorafie	MICĂ
Operații Toracice	
Pneumectomie	FOARTE MARE
Rezecția unui lob pulmonar	MARE
Rezecție trahee	MEDIE
Traheotomie	FOARTE MICA
Sutura diafragmului	MICĂ
Traheostomie	MICĂ
Pleurotomie	MICĂ
Pneumotorax	MICĂ
Bronhoscopie interventională	MICĂ
Operație deschisă de mediastin și esofag	MARE
Operație deschisă de cord și aorta	FOARTE MARE
Operații Abdomen	
Rezecție hepatică	MARE
Pancreatectomie	MARE
Rezecție totală de intestine subțiri sau colon	MEDIE
Rezecție peritoneu	MEDIE
Excizie totală de splină	MARE
Excizie -abces hepatic	MICĂ
Excizie deschisă de leziune de colon	MEDIE
Intervenții de refacere a peretelui abdominal (eventrație, hernie)	MICĂ
Repararea primară a unei hernii inghinale	MICĂ
Operații Ortopedice	
Fixarea pe cale chirurgicală a fracturii de coloană vertebrală	FOARTE MARE
Artroplastie a unei articulații mari	MARE
Osteosinteză os scurt	MEDIE
Osteosinteză os lung	MARE
Excizie primară a unui disc intervertebral	MEDIE
Excizie rotulă	MEDIE
Extensii cu tijă transosoasă	MICĂ
Înlocuirea protetică a osului	MICĂ
Reducția pe cale închisă a unei fracturi de os și fixarea internă	MICĂ
Reducția pe cale închisă a unei fracturi a osului lung și fixarea internă flexibilă	MICĂ
Reducția primară pe cale deschisă a dislocării traumatice a unei articulații	MICĂ
Reducția pe cale închisă a unei fracturi de os și fixarea externă	MICĂ
Puncționarea terapeutică a osului, perforarea terapeutică a osului nespecificată în altă parte	FOARTE MICĂ
Ligamentoplastie	MEDIE
Operație menisc	MEDIE

AMPUTĂRI

De la umăr	MARE
De la braț	MARE
De la cot	MARE
De la antebraț	MARE
De la carpus	MARE
De la articulația șoldului	MARE
De la coapsă	MARE
De la tibie	MARE
De la gleznă	MARE
De la metatars	MICĂ
De la degete	MICĂ

TENDOANE ȘI LIGAMENTE

Excizia unui tendon, excizia leziunii de tendon	MICĂ
Tenotomie	MICĂ
Sutura tendoanelor	MICĂ
Ligamentoplastie	MEDIE

OPERAȚII UROLOGICE

Substituirea ureterului	FOARTE MARE
Reconstrucție post traumatică a vezicii urinare	MARE
Nefrectomie totală	MARE
Nefrectomie parțială	MEDIE
Sutură uretrală	MICĂ
Sutura vezicii urinare	MICĂ
Sutură renală	MICĂ
Amputare de penis	MARE
Incizie scrot	FOARTE MICĂ

OPERAȚII GINECOLOGICE

Rezolvarea chirurgicală a rupturii uterine	MARE
Excizia totală a vulvei	MICĂ
Rezolvarea chirurgicală a leziunilor vulvei	MICĂ

PIELE ȘI ȚESUTUL SUBCUTANAT

Grefă pedunculară	MEDIE
Transplant de piele, grefă simplă	MICĂ
Debridare, Sutura contuziilor	FOARTE MICĂ

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluserile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**, precum și următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

- otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii cauzate de accident;
- chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor accidentului;
- afecțiunile superficiale și manevrele de la nivelul: pielii, conjunctivei, corneei, intranazal (incizii, excizii, sutură) efectuate fără spitalizare;
- oricare investigații invazive inclusiv tehnicile de diagnosticare sau preoperatorii;
- tentativa de sinucidere sau de autorânire a **asiguratului**, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, și în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare și care duce la o nouă intervenție chirurgicală.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care noi o plătim ca urmare a intervenției chirurgicale suferite de Asigurat, conform Condițiilor speciale de asigurare.
Intervenție chirurgicală	Orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra persoanei asigurate, 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.
Recidivă	reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau intervenția chirurgicală recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi intervenții chirurgicale.
Spital	unitate organizată/ înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **intervenția chirurgicală** efectuată Asiguratului **ca urmare directă a unui accident sau a unei boli**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse acelorași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 4.4 **Indemnizația de asigurare** pentru **intervenții chirurgicale** se calculează conform **Baremului de indemnizare procentual**, stabilit în funcție de **gradul de dificultate al acesteia**, în limita sumei asigurate pentru acest risc.
Asigurătorul va **plăti indemnizația de asigurare** cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident să se fi produs într-un termen de **cel mult 60 de zile de la data accidentului/ diagnosticării bolii** și nu mai mult de **30 de zile de la data încetării asigurării** la împlinirea termenului contractual. În situația încetării asigurării înainte de termen, din orice cauză, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare cu condiția ca intervenția chirurgicală să se fi produs cel târziu în ultima zi de valabilitate a Contractului de asigurare stabilită potrivit rezilierii.
- 4.5 Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări sunt acoperite numai riscurile datorate în urma **unui accident**. **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.
- 4.6 În cazul în care Asiguratul va fi supus mai multor intervenții chirurgicale pentru același accident/ boală,

Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare corespunzătoare intervenției chirurgicale cu cel mai ridicat grad de dificultate.

- 4.7 Prin prezenta asigurare suplimentară **sunt acoperite intervențiile chirurgicale, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive**, dar indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși **limita maximă de 100 de procente**.
- 4.8 În tabelul „Barem de indemnizare procentuală” sunt prezentate cele mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora. Orice procent de indemnizare nemenționat în prezentul barem, se va încadra prin asimilare.
- 4.9 În decursul unui an de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale, astfel:

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

- 4.10 Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 4.11 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, următoarele:
- copia foii de observație;
 - biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a intervenției chirurgicale.
- Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maximum 30 zile de la data eliberării acestora.
- 4.12 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau în lipsa acestora moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 4.13 Baremul de indemnizare procentual este atașat prezentelor Condiții de asigurare.

Barem de indemnizare procentuală

Cap-Gât

Carcinom al buzelor cu rezecția ganglionilor regionali	MARE	Operație pentru tumoră a glandei parotide	MEDIE
Glosectomie parțială	MICĂ	Tiroidectomie	MEDIE
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	MEDIE		

Operații otorinolaringologice

Timpanoplastie	MICĂ	Sept nazal	MICĂ
Intervenție chirurgicală în urechea internă	MEDIE	Intervenție chirurgicală asupra sinusurilor/ FESS	MICĂ
Laringectomie	MEDIE	Rezecția polipilor nazali	MICĂ
Operație plastică a corzilor vocale	MARE	Amigdalectomie (Tonsilectomie)	MICĂ
Mastoidectomie	MEDIE	Turbinoplastie	MICĂ
Intervenție chirurgicală în urechea medie	MEDIE	Turbinotomie	MICĂ
Traheotomie	FOARTE MICĂ		

Operații oftalmologice

Extirparea ochiului	FOARTE MARE	Vitrectomie	MICĂ
Blefaroplastie (operație plastică a pleoapelor)	MICĂ	Rezecția glandelor lacrimare	MICĂ
Intervenție chirurgicală la nivelul corneei	MICA	Chalazion	MICĂ
Iridectomie sau iridotomie	MICĂ	Intervenție mușchi oftalmici	MEDIE
Cataractă	MICĂ	Ectropion sau entropion	MICĂ
Glaucom	MICĂ	Tarsorafie	MICĂ
Dezlipirea retinei	MICĂ	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	MEDIE
Cranioplastie	MARE	Drenaj de evacuare	MICĂ

Nervi cranieni

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

Nervi periferici

Neurectomie (rezecția unui segment al unui nerv)	MEDIE	Rezecția locală a tumorilor de nerv periferic (ex. neurinom)	MICĂ
Neurosutură primară sau secundară	MICĂ	Alete inetrvenții ale nervilor periferici	MICĂ

Măduva spinării și coloana vertebrală

Cordotomie	MEDIE	Tumori ale măduvei spinării	MARE
Laminectomie	MEDIE	Rizotomie (intervenții la rădăcina nervilor)	MEDIE
Discectomia	MEDIE	Transplant de măduvă	FOARTE MARE

Operații toracice

Pneumonectomie	FOARTE MARE	Lobectomie	MARE
Operație pe cord deschis	FOARTE MARE	Operație pentru chist hidatic pulmonar	MEDIE
Operație BY PASS	FOARTE MARE	Toracoplastie	MICĂ
Disecția aortei abdominale	FOARTE MARE	Operație de mediastin și esofag	MARE
Transplant aortofemural	FOARTE MARE	Operație Heller pentru cardiospasm	MARE
Transplant aortoiliac	FOARTE MARE	Operație pentru cancerul esofagului cu plastie din intestinul gros	MARE
Intervenții chirurgicale endoscopice terapeutice la nivelul aparatului respirator inferior	MICĂ	Angioplastie coronariana percutana	MICĂ

Minitoracotomie

MARE

Vene

Hipertensiune portală (Anamostoza porto-cavă)	FOARTE MARE	Hipertensiune portală (Operație Berema - Crill)	FOARTE MARE
Hipertensiune portală (Anamostoza Splenorenală)	FOARTE MARE	Intervenția pentru varice hidrostatice	MICĂ

Abdomen

Anastomoze bilio-digestive	FOARTE MARE	Proptosis rectal (intervenție chirurgicală abdominală)	MEDIE
Proctoectomie (ectectomie) totală	FOARTE MARE	Hernii (inghinală unilaterală sau bilaterală, hernie femurală, hernia liniei albe)	MICĂ
Gastrectomie totală pentru cancer	FOARTE MARE	Jejunostomie - Ileostomie - Transverstostomie - Sigmoidostomie	MICĂ
Celiocel (laparocel) vizibil postoperator	MICĂ	Apendicectomie	MICĂ
Hernie hiatală (Hiatus hernia)	MICĂ	Sutura ulcerului perforat	MEDIE
Gastrectomie pentru ulcer	MARE	Obstrucție intestinală fără rezecția intestinului	MICĂ
Vagotomie, piloroplastie, antrectomie cu gastroenteroanastomoză	MARE	Intervenție pentru boală hemoroidală	MICĂ
Vagotomie supraselectivă și piloroplastie	MARE	Stenoză circulară	MICĂ
Rezecția diverticulilor duodenali	MICĂ	Rezecția polipilor rectali	MICĂ
Volvulus (ocluzie intestinală)	MARE	Fistulă perianală	MICĂ

Ficat și căi biliare

Incizia și drenajul abcesului hepatic	MEDIE	Colecistectomie	MEDIE
Hepatectomie parțială	MARE	Operație pe canalul biliar	MEDIE
Chist hidatic, marsupializare, drenaj sau alte intervenții	MEDIE		

Pancreas

Pancreatoduodectomie	FOARTE MARE	Chist pancreatic	MEDIE
Cancer al capului pancreasului	MARE	Sfincterectomie	MEDIE

Splină - suprarenale

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)	MEDIE	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	MEDIE	Boala Hodgkin	MEDIE
---	-------	---------------	-------

Operații urologice

Pieloplastie	MARE	Amputarea penisului (totală sau	MARE
--------------	------	---------------------------------	------

Cistotomie suprapubică	MEDIE	parțială)	
Cistectomie totală (cu transplant de uretere)	FOARTE MARE	Orchiectomie - Epididimectomie - Extirparea chistului unui vas deferent	MEDIE
Pielotomie/Ureterotomie cu extracția calculilor renali	MARE	Cistectomie parțială	MEDIE
Ureteroscopie cu extracția calculilor ureterali	MEDIE	Hidrocel	MICĂ
Nefrostomie	MICĂ	Varicocel	MICĂ
Transplant de uretere	MARE	Rezeecția calculilor vezicii urinare prin operație	MEDIE
Rezeecția unui diverticul al vezicii urinare	MICĂ	Litotritie extracorporeală	MICĂ
Prostatectomie	MEDIE	Peritomie	MICĂ
		Montare si extragere sonda COOK	MICĂ

Sân

Sectorectomie mamara	MEDIE	Mastectomie simplă	MEDIE
Mastectomie simplă cu adenectomie	MARE	Rezeecția unei tumori sau chist al sânului sau ectomie parțială a sânului	MICĂ
Mastectomie totală	MARE		

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 (ovarorafie)	MICĂ
Histerectomie (parțială sau totală)	MARE	Rezeecția polipilor colului uterin	MICĂ
Colporafie numai anterioară sau posterioară	MEDIE	Rezeecția locală a afecțiunilor colului uterin	MICĂ
Rezeecția glandei Bartholin	MICĂ	Conizatie / ERAD la nivelul colului uterin	MICĂ
		MICA	

Piele și țesuturi cutanate și subcutanate

Intervenție chirurgicală pentru tumorile maligne (melanom și carcinom)	MEDIE	Sinus pilonidal	MICĂ
Grefă pedunculară	MEDIE	Transplant de piele, grefă simplă	MICĂ
Rezeecția unei tumori benigne a pielii sau a țesuturilor subcutanate	MICĂ	Sutură plăgi (postraumatică)	FOARTE MICĂ
Rezeecția unor mici procese inflamative	FOARTE MICA	Incizia și drenajul inflamațiilor, sutura contuziilor	FOARTE MICĂ

Diverse

Anastomoze arteriovenoase (Șunt)	MEDIE
----------------------------------	-------

Tendoane și ligamente

Ligamentoplastie	MEDIE	Tenotomie	MICĂ
Transplant de tendoane	MEDIE	Sutura tendoanelor	MICĂ

Operații ortopedice

Închiderea unei fracturi deschise (pe oase lungi)	MARE	Rezecție bursă la articulație mare	MEDIE
Operarea unei fracturi complicate a oaselor lungi	MARE	Operație de menisc	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/ganglion	MICĂ
Închiderea unei fracturi deschise a altor oase	MEDIE	Rezecție bursă la articulație mică	MICĂ
Artrotomie care cuprinde și rezecția corpului liber	MEDIE	Artroscopie a unei articulații mari	MEDIE

Membre superioare

Operație pentru luxație humerală repetată	MICĂ	Operație pentru sindromul tunelului carpian	MICĂ
---	------	---	------

Membre inferioare

Fractură cervicală a femurului	MARE	Patelectomie (excizie rotulă)	MEDIE
Artrodeza triplă (tripla rigidizare a unei articulații)	MARE	Operație pentru valgus a degetului mare	MICĂ

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 antebraț	MARE	De la metatarsus sau metacarpus	MEDIE
De la carpus (articulația radiocarpiană)	MARE	Amputări de degete	MEDIE
De la articulația șoldului	MARE		

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**, precum și următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

- orice condiții preexistente (doar pentru asigurările de viață de grup);
- procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- chirurgia plastică și reparatorie, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor accidentului;
- chirurgia estetică, implantologia;
- afecțiunile superficiale și manevrele de la nivelul: pielii, conjunctivei, corneei, intranazal (incizii, excizii, sutură) efectuate fără spitalizare;
- afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii în urma accidentului;
- oricare investigații invazive inclusiv tehnicile de diagnosticare sau preoperatorii;
- accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul conceperii unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fatului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivația solicitării/ efectuării acestora - prevenție, screening, investigare, monitorizare și/ sau tratament, cu excepția cazului în care a fost cauzată în mod direct de un accident;
- tentativa de sinucidere sau de autorănire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune;
- bolile congenitale;
- bolile cu transmitere sexuală;
- donarea de organe și transplantul voluntar și/ sau tratamentele aferente donării/ transplantului voluntar.

7. Definirea termenilor

Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, și în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare și care duce la o nouă intervenție chirurgicală.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care noi o plătim ca urmare a intervenției chirurgicale suferite de Asigurat, conform Condițiilor speciale de asigurare.
Intervenție chirurgicală	orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra persoanei asigurate, 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.
Persoana dependentă	poate fi soțul sau soția Asiguratului sau copiii lor necăsătoriți până la împlinirea vârstei de 18 ani. Pentru acoperirea unei persoane dependente, aceasta trebuie să îndeplinească condițiile de eligibilitate, conform reglementărilor noastre, iar asigurarea să fie acceptată de Asigurător.
Recidivă	reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau intervenția chirurgicală recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi intervenții chirurgicale.
Spital	unitate organizată/ înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU FRACTURI PRODUSE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat reprezintă **fracturile suferite de Asigurat** în urma unui accident, **în perioada de valabilitate a prezentei asigurări** suplimentare, caz în care Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 **Indemnizația de asigurare** se calculează conform **Baremului de indemnizare procentual**, stabilit în funcție de gravitatea și tipul fracturii, în limita sumei asigurate pentru acest risc.
- 5.2 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**.
- 5.3 Pentru **fracturi cominutive** se aplică o **majorare cu 25% a indemnizației de asigurare** corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare pentru fiecare caz în parte.
- 5.4 Pentru **fracturi care necesită intervenție chirurgicală, osteosinteză sau grefă**, se aplică o **majorare cu 50% a indemnizației de asigurare** corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare.
- 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 următoarele: copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a acordării de asistență medicală.
- 5.6 Asigurătorul va aprecia cuantumul obligației de plată a indemnizației de asigurare în funcție de documentele constitutive ale dosarului de daună și în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare și numai

după ce s-a stabilit cu certitudine producerea riscului asigurat.

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

Barem de indemnizare procentuală

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

- 5.8 Orice **alt tip de fractură** neprevăzut în Baremul de indemnizare procentual, **se va încadra prin asimilare** în funcție de tipul fracturii respective.
- 5.9 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

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

- fractura nu a fost determinată direct de un accident așa cum este el definit în condițiile generale;
- evenimentele produse sau influențate de malformațiile congenitale sau complicațiile/bolile cauzate de anomaliiile congenitale;
- 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. Definirea termenilor

Fractură	discontinuitatea osului provocată de acțiunea accidentală prin traumatism direct asupra osului.
Fractură cominutivă	fractură care se caracterizează prin prezența a mai mult de două fragmente osoase.
Osteosinteză	procesul de fixare a fragmentelor unui os fracturat cu ajutorul șuruburilor, agrafelor, plăcilor cu șuruburi, cuielor, broșelor sau oricărui alt mijloc mecanic.

Grefă	procedeul chirurgical prin care se înlocuiește material osos lipsă din corpul pacientului cu un substitut artificial, sintetic sau natural.
Intervenție chirurgicală	procedură medicală efectuată în scop terapeutic, considerată necesară din punct de vedere medical pentru evitarea agravării stării de sănătate a asiguratului determinate de consecințele unui accident asupra acestuia, care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății și care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU ARSURI PRODUSE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat reprezintă **arsurile suferite de Asigurat în urma unui accident**, pentru care **a necesitat asistență/ îngrijire medicală de specialitate**, produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 **Indemnizația de asigurare** se calculează conform **Baremului de indemnizare procentual**, stabilit în funcție de gravitatea arsurii, în limita sumei asigurate pentru acest risc.
- 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 următoarele: copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a acordării de asistență medicală.
- 5.3 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**, prezentat în continuare:

Barem de indemnizare procentuală

Gradul arsurii	% indemnizare arsuri de gr. III și IV	% indemnizare arsuri de gr. II
Arsuri care acoperă 30% sau mai mult din suprafața corporală	100%	100%
Arsuri care acoperă 15% până la 30% din suprafața corporală	50%	50%
Arsuri care acoperă 10% până la 15% din suprafața corporală	30%	25%
Arsuri care acoperă 5% până la 10% din suprafața corporală	15%	8%

- 5.4 Orice **alt tip de arsură** neprevăzută în Baremul de indemnizare procentual **se va încadra prin asimilare** în funcție de gradul arsurii respective.
- 5.5 În cazul **decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației** de asigurare, aceasta **va fi plătită Beneficiarilor** desemnați sau, în lipsa acestora, **moștenitorilor** stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**, precum și următoarele **excluderi specifice**, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

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

7. Definirea termenilor

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

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE BOLI GRAVE

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **prima diagnosticare cu o boală gravă sau intervenție chirurgicală ca urmare a producerii unui accident sau îmbolnăvire**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Bolile grave și intervențiile chirurgicale acoperite sunt următoarele:

Pachetul I:

- cancer/ tumoră malignă
- accident vascular cerebral
- infarct miocardic
- scleroză multiplă
- boala neuronului motor
- boala Parkinson
- intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian
- transplant de organe
- intervenție chirurgicală de schimbare de valve la nivelul inimii
- alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv grefă aortă)

Pachetul II acoperă, în plus față de Pachetul I și următoarele:

- insuficiența renală
 - infecția cu HIV prin transfuzii
 - infecția ocupațională cu virusul HIV
 - boala Alzheimer
 - intervenție chirurgicală pentru implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil
 - intervenție chirurgicală de tip prostatectomie radicală
 - intervenție chirurgicală de tip histerectomie totală
 - intervenție chirurgicală de tip mastectomie simplă sau radicală
- 2.3 Orice alte boli grave/ intervenții chirurgicale care nu se încadrează în definițiile de mai jos nu sunt acoperite prin prezenta asigurare suplimentară.
 - 2.4 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează **conform capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare din Condițiile generale**.

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 și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate și suma asigurată.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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 acelorași 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 suma asigurată specifică acestei asigurări, menționată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare. Indemnizația de asigurare se va plăti Asiguratului doar o dată pe perioada unui an de asigurare, respectiv la prima diagnosticare a unui risc asigurat.**
- 5.2 Asiguratul are obligația de a ne anunța, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile de la momentul producerii riscului asigurat.
- 5.3 **Dacă decesul Asiguratului survine în Perioada de supraviețuire de 30 zile** de la confirmarea diagnosticului de boală gravă, **nu se acordă indemnizația de asigurare.**
- 5.4 **Pentru primele 3 luni** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări **nu se acordă indemnizația de asigurare (pentru cancer/ tumori maligne există o perioadă de așteptare de 6 luni).** 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, următoarele:
 - 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 care să ateste împrejurările producerii evenimentului și dobândirea invalidității.
- 5.6 În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, vom trimite o adresă prin care vom solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, nu putem determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, ne rezervăm dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 5.7 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 ce au fost îndeplinite în vederea diagnosticării bolii grave/ efectuării intervenției chirurgicale.
- 5.8 **Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare** convenită aferentă acestei asigurări, **aceasta va fi plătită Beneficiarului** în caz de deces al Asiguratului sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**. De asemenea, nu intră sub incidența protecției prin prezenta asigurare, **situațiile de mai jos, precum și consecințele lor directe sau indirecte:**

- a. orice condiție preexistentă;
- b. tentativa de sinucidere sau de autorănire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune;
- c. procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- d. bolile congenitale;
- e. HIV/ SIDA, cu excepția infectării cu virusul HIV ca urmare a unei transfuzii sangvine și infecției ocupaționale cu HIV;
- f. 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; tumorile cu modificări pre-maligne de tip carcinom (inclusive 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 alte carcinoame 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; orice tumoră a pielii sau aflată în prezența virusului HIV sau SIDA;
- g. *CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia = Neoplasm Cervical Intraepitelial;
- h. **TNM = Tumoră, Nodul, Metastază = Clasificarea cancerelor după mărime, interesare ganglionară și metastaze;
- i. 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;
- j. infarct miocardic: toate tipurile de angină incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal;
- k. intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian: tehnicile tip angioplastie, tratament laser sau alte proceduri similare care nu necesită intervenție chirurgicală pe cord deschis;
- l. transplant de organe: transplant de organe de proveniență animală; transplantul în calitate de "donor"; organe modificate genetic; dacă anterior a existat o reacție de respingere pentru alt organ (înlocuire); experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă; orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante; transplantul selectiv al celulelor Langerhan ale pancreasului, nu este acoperit de prezenta asigurare suplimentară;
- m. 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 sunt excluse;
- n. alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv grefă aortă): intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis: angioplastie, angioplastia percutană transluminală coronariană, stent coronarian; intervențiile chirurgicale care folosesc cateter, de exemplu valvuloplastie percutană cu balonaș; orice alte intervenții chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis sau laparotomiei;
- o. boala Parkinson: sindroame tip Parkinson asociate unor tratamente cu medicație psihotrofică, 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;
- p. 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;
- q. 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;
- r. infecția cu HIV prin transfuzii: pacienții diagnosticați cu hemofilie, înainte sau după intrarea în asigurare.

7. Definirea termenilor

Perioada de așteptare	perioadă de timp de trei luni, calculată de la data intrării în valabilitate a prezentei asigurări, în care nu se acordă indemnizația de asigurare (pentru cancer/ tumori maligne există o perioadă de așteptare de șase luni).
Perioada de supraviețuire	perioada de 30 zile de la confirmarea diagnosticului de boală gravă.
BOLI GRAVE	

Cancer/ tumoră 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 ulceratii sau nivelul Clark IV/V). Data obținerii diagnosticului va fi reprezentată de data obținerii unui diagnostic definitiv în urma efectuării examenului histopatologic.
Accident vascular cerebral	orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată 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 initial, 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 irigației 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.
Scleroza 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: îmbrăiere, 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.
Insuficiența renală	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.
Infecția cu HIV prin transfuzii	infecțarea cu virusul HIV dovedită ca fiind rezultatul unei transfuzii sangvine 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 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 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. Diagnosticul fără echivoc trebuie stabilit înainte de vârsta de 60 de ani pentru a fi acoperit de prezenta asigurare.

INTERVENȚII CHIRURGICALE

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: inima, plămâni, rinichi, pancreas, plămân, ficat, cristalini 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 schimbare de valve la nivelul inimii	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.

Alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv grefa de aortă)

intervenție chirurgicală pe cord deschis sau pe aorta toracică și abdominală (fără ramificațiile lor) ca urmare a unor afecțiuni cardiace apărute/ diagnosticate după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare. Aceste manopere 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. Afecțiunile de natură traumatică nu sunt acoperite prin prezenta asigurare suplimentară.

Intervenție chirurgicală pentru implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil

intervenție chirurgicală ce constă în amplasarea unui stimulator intracardiac, prin abort transvenos sau transtoracic respectiv montarea unui dispozitiv electronic implantabil (defibrilator), ca urmare a unor afecțiuni cardiace ce determină aritmii severe/ disfuncționalități cardiace severe efectuată după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare. Aceste manopere 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.

Intervenție chirurgicală de tip prostatectomie radicală

intervenție chirurgicală ce constă în ablația prostatei, a veziculelor seminale și a ampulelor veziculelor seminale, precum și a ganglionilor obturatori aferenți, ca urmare a unui adenocarcinom de prostată care nu a depășit stadiul intracapsular. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a asigurării suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.

Intervenție chirurgicală de tip histerectomie totală

intervenție chirurgicală prin care se îndepărtează uterul și anexele bilaterale ca urmare a unor afecțiuni ginecologice. Această manoperă chirurgicală, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a asigurării suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.

Intervenție chirurgicală de tip mastectomie simplă și radicală

intervenție chirurgicală ce presupune îndepărtarea (excizie chirurgicală) unei porțiuni a glandei mamare ce cuprinde tumora și țesut de siguranță în jur, însemnând mastectomie simplă, și îndepărtarea întregului sân împreună cu ganglionii axilari și/ fără mușchii pectorali, însemnând mastectomie radicală ca urmare a unei tumori mamare de tip malign. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a asigurării suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU EXONERAREA DE LA PLATA PRIMELOR DE ASIGURARE CA URMARE A INVALIDITĂȚII ASIGURATULUI

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **invaliditatea permanentă totală** a Contractantului care are și calitatea de Asigurat, ca urmare a unui accident sau unei boli, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, caz în care Asiguratorul va aplica **exonerarea de la plata primelor** până la expirarea Contractului de asigurare, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Prin această asigurare suplimentară se acoperă invaliditatea permanentă totală survenită în maximum un an de la data producerii accidentului/ diagnosticării bolii.
- 2.3 Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară în caz de invaliditate permanentă totală sunt următoarele:
 - pierderea completă a vederii la ambii ochi sau a funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini sau a ambelor tibii sau a unui antebraț și a unui picior;
 - afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;
 - paralizia totală și permanentă;
 - orice altă situație de dobândire a invalidității permanente totale încadrată în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale privind protecția socială în vigoare, din România.
- 2.4 Contractul de asigurare va rămâne în vigoare, în ultima formă valabilă la momentul dobândirii invalidității permanente totale, atât pentru asigurarea de bază, cât și pentru eventualele asigurări suplimentare.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară **începe și încetează** conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurator pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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 acelorași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Beneficiul din asigurare

- 5.1 **Exonerarea de la plata primelor**, respectiv întreruperea obligației de plată a primelor de asigurare din

momentul dobândirii de către Asigurat a unei invalidități permanente totale **până la expirarea Contractului de asigurare**, se acordă în cazul producerii riscului asigurat și a îndeplinirii obligațiilor prevăzute în această secțiune.

- 5.2 În vederea stabilirii dreptului de acordare a beneficiului din asigurare, Contractantul trebuie să notifice producerea unui accident în maximum **7 zile** de la producerea acestuia la linkul următor: <https://www.groupama.ro/avizare-daune-online> și să prezinte în maximum **1 an** de la data stabilirii invalidității, numai dacă invaliditatea continuă, următoarele documente:
 - a. decizie definitivă de încadrare în grad de invaliditate și a deciziei/ deciziilor de revizuire, dacă există, emisă de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grad de invaliditate (copie);
 - b. documente medicale care să cuprindă diagnosticul, circumstanțele și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu evenimentul ce a condus la stabilirea invalidității (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.);
 - c. proces verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot dovedi circumstanțele producerii accidentului (copie): declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
 - d. alte documente solicitate de către Asigurător, care să ateste împrejurările producerii evenimentului și dobândirea invalidității.
- 5.3 Stabilirea invalidității se va face numai după terminarea tratamentului, dar nu mai devreme de **6 luni** de la data producerii accidentului/ diagnosticării bolii. În cazul în care invaliditatea permanentă totală este incontestabilă, stabilirea invalidității se poate face și înainte de acest termen.
- 5.4 În cazul în care Contractantul devine invalid sau suferă un accident, trebuie ca imediat după producerea evenimentului să solicite și să accepte un tratament medical adecvat, să urmeze în totalitate tratamentul și investigațiile prescrise de medicii specialiști și să depună efort în scopul însănătoșirii și al redobândirii capacităților de muncă.
- 5.5 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita periodic informații care să dovedească faptul că invaliditatea permanentă totală continuă.
- 5.6 În cazul în care nu se primesc aceste informații sau dacă Contractantul refuză să fie examinat de către un medic desemnat de Asigurător sau dacă devine capabil să desfășoare o activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit, această asigurare suplimentară se suspendă și se va relua plata primelor de asigurare de către Contractant, conform Condițiilor generale de asigurare.
- 5.7 În vederea aprobării exonerării de la plata primelor, Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga împrejurările ce au dus la dobândirea invalidității permanente totale a Asiguratului.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază, precum și tentativa de sinucidere sau de autorănire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Invaliditate permanentă totală	pierderea anatomică totală, permanentă sau pierderea capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme de organe, cauzată în mod direct de un accident, în urma căruia Asiguratul devine incapabil să desfășoare orice activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit, prin încadrare în gradul I sau II de invaliditate conform legislației din România.
Exonerare de la plata primelor	înteruperea obligației de plată a primelor de asigurare din momentul dobândirii unei invalidități permanente totale până la expirarea Contractului de asigurare.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INVESTIȚIE

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

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Pentru **fiecare primă suplimentară plătită**, Asigurătorul va deschide **un cont de investiție**. De asemenea, fiecare primă suplimentară plătită poate avea o alocare diferită în programele investiționale, precum și durate de investiție diferite, conform opțiunii Contractantului.
- 2.2 Prin încheierea asigurării suplimentare de investiție, în cazul producerii decesului Asiguratului sau la data de expirare a prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul are obligația de a plăti **indemnizația de deces** sau **indemnizația de maturitate** Beneficiarilor/ Asiguratului, reprezentată de valoarea contului de investiție.
- 2.3 Prima suplimentară va respecta limitele minime/ maxime precizate în Anexa 1 la prezentele Condiții specifice de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau oricând pe durata derulării unui Contract de asigurare, prin completarea unei cereri tip și achitarea primei aferente, cu condiția ca asigurarea de bază să fie în vigoare și începe la data investirii. Pentru Contractele de asigurare de bază cu suma asigurată redusă nu se poate atașa această Asigurare suplimentară.
- 3.2 **Durata maximă** până la care poate fi valabilă prezenta asigurare suplimentară este **numărul de ani întregi** până la data expirării asigurării de bază, sub condiția ca investiția să respecte durata minimă acceptată de Asigurător.
- 3.3 Asigurarea suplimentară de investiție poate fi încheiată atâta timp cât asigurarea de bază este în vigoare și are o durată minimă acceptată de Asigurător.
- 3.4 Pentru fiecare solicitare de încheiere a unei noi Asigurări suplimentare de investiție, Contractantul va completa o Cerere tip și va achita o Primă suplimentară.
- 3.5 Pentru fiecare Primă suplimentară, Asigurătorul va constitui un nou Cont de investiție, conform opțiunii Contractantului.
- 3.6 Asigurarea suplimentară de investiție se poate atașa numai la **Contracte de asigurare încheiate în Lei**.
- 3.7 **Durata minimă** a acestei asigurări suplimentare este de 5 ani, iar durata maximă este numărul de ani întregi până la data de expirare a asigurării de bază.
- 3.8 **Vârsta minimă** la intrarea în asigurare și **vârsta maximă** la ieșirea din asigurare a Asiguratului sunt cele valabile pentru **asigurarea de bază**.
- 3.9 Prezenta asigurare suplimentară încetează la ora 24:00 a datei de expirare a asigurării suplimentare de investiție, specificată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, sau conform prevederilor specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și la data expirării sau încetării din orice motiv a Contractului de asigurare, sau prin răscumpărarea totală a prezentei asigurări de investiție de către Contractant.
- 3.10 Prin excepție de la prevederile Condițiilor generale de asigurare ale asigurării de bază, asigurarea suplimentară de investiție nu încetează automat în cazul transformării Contractului de asigurare de bază într-un Contract cu sumă asigurată redusă; asigurarea suplimentară rămâne în vigoare până la maturitate sau răscumpărare.
- 3.11 În cazul în care Asigurarea de bază are valoare de răscumpărare, Unitățile de fond se vor investi în continuare, până la data la care Asigurarea de bază va înceta, astfel:
 - a. **În cazul în care se decide răscumpărarea** acesteia, Unitățile de fond se vor vinde la Prețul de

vânzare valabil la următoarea zi după procesarea Cererii Contractantului, iar **Asigurătorul** va plăti Valoarea contului—corespunzătoare prezentei Asigurări suplimentare, pe baza Cererii scrise a **Contractantului**.

- b. În cazul în care Asigurarea de bază se transformă într-un Contract cu sumă asigurată redusă, Asigurarea de investiție rămâne activă, fără posibilitatea de a efectua transferuri, până la solicitarea valorii de răscumpărare totale sau până la maturitatea Asigurării suplimentare de investiție.

3.12 În cazul în care asigurarea de bază nu are valoare de răscumpărare, Unitățile de fond se vor vinde la prețul de vânzare valabil la următoarea zi lucrătoare după data încetării asigurării de bază, iar Asigurătorul va plăti valoarea de răscumpărare corespunzătoare prezentei Asigurări suplimentare, pe baza cererii scrise a Contractantului.:

4. Prima de asigurare suplimentară și modalitatea de alocare

- 4.1 Prima suplimentară se poate plăti la data completării și semnării de către Contractant a Cererii de asigurare sau în perioada în care asigurarea de bază este în vigoare, prin completarea Cererii tip, respectând limitele minime și maxime ale asigurării suplimentare de investiție.
- 4.2 Prima suplimentară se poate plăti doar în Lei.
- 4.3 Din Prima suplimentară se vor cumpăra unități de fond, în procente de alocare specificate de Contractant pentru fiecare fond în Cererea tip pusă la dispoziție de Asigurător, la prețul de cumpărare de la data investirii.
- 4.4 Primele suplimentare vor fi folosite pentru cumpărarea de unități de fond, la Prețul de cumpărare din a treia zi lucrătoare ulterioară datei de alocare a plății în baza de date a Asigurătorului.
- 4.5 Pentru procesarea primei suplimentare este necesară completarea și semnarea Cererii tip de către Contractant. În baza Cererii, Asigurătorul va emite numărul Poliței de investiție, urmând ca acesta să fie menționat pe documentul de plată a primei suplimentare.

5. Programe de investiții (fonduri)

- 5.1 Programele de investiții reprezintă activele noastre financiare, administrate conform unei strategii de investiții corespunzătoare riscului fiecărui fond în parte – fond cu grad ridicat de risc (și cu potențial de câștiguri semnificative), fond cu grad mediu de risc (investiție echilibrată) sau fond cu grad scăzut de risc (cu prevederi de conservare a capitalului inițial). La momentul achiziționării acestei asigurări suplimentare puteți opta pentru o combinație procentuală (totalizând 100%) între fondurile de investiții disponibile, cu grade de risc diferite.
- 5.2 Valoarea fondului de investiții este egală cu diferența dintre valoarea de piață a activelor deținute de fondul de investiții și debitele existente în momentul evaluării, așa cum sunt ele prevăzute în **Capitolul Prețurile unităților de fond**.
Profitul obținut din plasarea activelor deținute de fondul de investiții vor fi reinvestite.
- 5.3 Contractantul își asumă în totalitate riscurile investiției. Asigurătorul nu garantează prețul viitor al unei unități sau randamentul unui program de investiție.
- 5.4 Contractantul are posibilitatea de a monitoriza evoluția fondurilor prin consultarea informațiilor și a prospectelor publicate pe site-ul oficial al Asigurătorului www.groupama.ro.
- 5.5 Fondurile de investiții vor fi evaluate zilnic, iar prețul unităților de fond vor fi afișate pe site-ul nostru oficial www.groupama.ro.
- 5.6 În scopul protejării valorii activelor, Asigurătorul are dreptul de a renunța la unul dintre programele de investiții propuse inițial și de a pune la dispoziție un nou program de investiții, păstrând același grad de risc.
- 5.7 Asigurătorul are obligația de a anunța Contractantul despre decizia de desființare a programului de investiții cu minimum 30 de zile calendaristice înainte de a transpune în fapt acest lucru.
- 5.8 Unitățile de fond existente în programul de investiții la care s-a renunțat vor fi transferate în noul fond de investiții, creat cu același grad de risc, fără a se percepe taxe.
- 5.9 Tipurile de tranzacții efectuate în/ din programele de investiție sunt nt:
 - a. Tranzacții de investire – efectuate pe baza prețului de cumpărare: alocarea primelor suplimentare, transferul de unități;
 - b. Tranzacții de dezinvestire – efectuate pe baza prețului de vânzare: transferul de unități, răscumpărarea parțială, răscumpărarea totală, plata beneficiului de maturitate (Valorii Contului), deducerea taxelor.

6. Prețurile unităților de fond

- 6.1 Prețul de vânzare și prețul de cumpărare al unităților de fond se determină, pentru fondul de investiții, în funcție de valoarea activelor fondului de investiții.
- 6.2 Prețul de vânzare al unei unități de fond este calculat prin împărțirea valorii totale a fondului de investiții la numărul total al unităților din fondul de investiții, deținute de către toți Contractanții.
- 6.3 Prețul de cumpărare al unei unități de fond este calculat pe baza prețului de vânzare, prețul de cumpărare depășind prețul de vânzare cu un anumit procent (Anexa 1).
- 6.4 Prețul unităților de fond va fi aproximat cu 4 zecimale, prin rotunjire.

7. Contul de investiție

- 7.1 La data investiției primei suplimentare, Asigurătorul va crea contul de investiție. Fiecare primă suplimentară va avea un cont diferit, iar structura investițională poate fi diferită pentru fiecare dintre primele suplimentare achitate. Unitățile de fond vor fi alocate în fondul/ fondurile de investiții pentru care Contractantul a optat.
- 7.2 Numărul unităților de fond alocate în contul de investiție se va calcula utilizând prețul de cumpărare existent la data investirii.
- 7.3 Numărul unităților de fond din fondul de investiții va fi calculat prin aproximarea cu 4 zecimale, prin rotunjire.

8. Răscumpărarea parțială sau totală și transferul de unități

Răscumpărarea parțială

- 8.1 Pe durata de valabilitate a Contractului de asigurare, dar numai **după 6 luni** de la data plății primei suplimentare, Contractantul are posibilitatea de a solicita în scris Asigurătorului **răscumpărarea parțială**, respectiv de a retrage o parte din valoarea totală a unităților de fond aflate în contul de investiție, sumă ce trebuie să fie situată între anumite limite stabilite și menționate în **Anexa 1** la prezentele Condiții specifice de asigurare.

Răscumpărarea totală

- 8.2 Pe durata de valabilitate a Contractului de asigurare, Contractantul are posibilitatea de a solicita răscumpărarea totală printr-o Cerere de răscumpărare tip scrisă înregistrată la adresa sediului social al Asigurătorului.
- 8.3 De la data primirii Cererii de răscumpărare totală, Contractantul nu mai poate opera nicio altă modificare a asigurării suplimentare de investiții.
- 8.4 **Valoarea de răscumpărare** va fi calculată la următoarea zi lucrătoare după data înregistrării Cererii de răscumpărare și din aceasta Asigurătorul va reține taxa pentru răscumpărare conform **Anexei 1** la prezentele Condiții de asigurare.
- 8.5 Asigurătorul va **plăti valoarea de răscumpărare** convenită, în maximum 20 zile de la data primirii Cererii de răscumpărare completată integral de către Contractant. Plata **valorii de răscumpărare** se va face într-un cont bancar, specificat în Cererea de răscumpărare, deschis în lei, la o bancă de pe teritoriul României.
- 8.6 Dacă vor exista neclarități în ceea ce privește dreptul de a încasa **valoarea de răscumpărare**, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea clarificărilor necesare.

Transferul de unități

- 8.7 Contractantul are dreptul de a transfera parțial sau în totalitate unitățile de fond dintr-un program investițional în altul, cât timp asigurarea de bază și prezenta asigurare suplimentară sunt în vigoare, respectând limitele stabilite de Asigurător și menționate în Anexa 1 (excepție situația de la articolul 3.11 b).
- 8.8 Transferul de unități va fi vizibil în cont în a cincea zi lucrătoare după data înregistrării acestuia la sediul central al Asigurătorului, iar prețul de vânzare va fi cel valabil a treia zi lucrătoare după data înregistrării Cererii.
- 8.9 Pentru efectuarea transferului de unități, Contractantul are obligația de a transmite Cererea tip pusă la dispoziție de Asigurător, completată integral și semnată.
- 8.10 Contractantul are dreptul de a efectua două transferuri gratuite de unități între două aniversări anuale consecutive ale asigurării de investiție. Pentru transferurile următoare, taxa percepută este specificată în **Anexa 1**.
- 8.11 Transferurile între Conturi de investiție nu vor fi permise.
- 8.12 Transferul de unități nu poate fi solicitat odată cu răscumpărarea parțială.

9. Indemnizația de deces

- 9.1 În cazul în care survine decesul Asiguratului pe perioada asigurării, iar la data producerii acestuia prezenta asigurare suplimentară este în vigoare, **Asigurătorul va plăti** valoarea contului de investiție moștenitorilor legali ai Asiguratului, pe baza Cererii scrise a acestora.
- 9.2 Asigurătorul va plăti indemnizația de maturitate aferentă acestei asigurări suplimentare către Asigurat, la expirarea asigurării suplimentare.
- 9.3 În cazul în care Asiguratul a decedat după data de expirare a asigurării suplimentare, Asigurătorul va plăti indemnizația de maturitate moștenitorilor acestuia, în baza documentelor specificate în prezentele Condiții de asigurare.
- 9.4 În cazul în care decedează ambii Contractanți ai Asigurării de bază, unitățile de fond se vor vinde la Prețul de vânzare valabil la următoarea zi de după data de notificare a Asigurătorului, într-un cont bancar pentru care titular este Asiguratul.
- 9.5 Pentru a intra în posesia **indemnizației de deces/ maturitate**, Beneficiarul/ Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului documentele prevăzute. De asemenea, cu **30 de zile înainte de data de expirare** a Contractului de asigurare, se vor trimite următoarele documente:
 - a. în cazul decesului: Formular pentru anunțul evenimentului asigurat (tip), copia actului de identitate pentru determinarea legitimității Beneficiarului de a obține indemnizația de deces;
 - b. la maturitatea Contractului: Cerere indemnizație de maturitate (tip) însoțită de extras de cont, completată în întregime, semnată, (în cazul Contractantului persoană juridică) și datată, copia actului de identitate pentru determinarea legitimității Asiguratului de a obține indemnizația de maturitate.
- 9.6 Asigurătorul va plăti valoarea contului de investiție în maximum 20 zile de la data depunerii documentației complete. Plata va fi efectuată în contul bancar al Asiguratului/ Beneficiarului deschis în lei la o bancă de pe teritoriul României, cont specificat în Cererea indemnizației de maturitate/ Formularul pentru anunțul evenimentului asigurat.
- 9.7 În cazul în care nu este revendicat dreptul la indemnizația de maturitate, după împlinirea datei de expirare a prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul are dreptul de a transfera suma convenită într-un cont bancar curent al său.
- 9.8 Regimul fiscal: Conform cadrului legal actual, rezultatele investițiilor asociate unui Contract de asigurare sunt neimpozabile în cazul în care se cuvin unor persoane fizice. Rezultatele investițiilor asociate unui Contract de asigurare sunt impozabile în cazul în care se cuvin unor persoane juridice. Orice schimbări ulterioare ale regimului fiscal vor produce efecte de plin drept de la data intrării lor în vigoare.

10. Definirea termenilor

Aniversarea asigurării de investiție	se referă la data împlinirii fiecărui an de asigurare începând cu data intrării în vigoare a asigurării suplimentare de investiție, dată specificată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare. De exemplu, dacă data de început a asigurării de investiție este data de 15 a unei luni, prima dată aniversară este data de 15 a aceleiași luni din anul următor, procedeul repetându-se pe toată durata asigurării. Aniversarea asigurării de investiție poate fi diferită de cea a asigurării de bază.
Contul de investiție	un cont creat și administrat de Asigurător pentru fiecare contract de asigurare în parte, în baza prezentei asigurări suplimentare, format din unități de fond. Pentru fiecare Primă suplimentară se va crea câte un Cont de investiție.
Zi de evaluare	data la care se calculează prețurile Unităților de fond, exceptând zilele în care sunt sărbători legale în statele în care se investesc activele, folosite în calculul valorii contului de investiției, cumpărarea/ vânzarea unităților de fond.
Data investirii	la această dată se investește Prima Suplimentară în Unități de fond, conform opțiunii exprimate în Cererea de asigurare/ Cererea de alocare a unităților de fond. Investirea primei se efectuează cu condiția încasării și alocarea primei pe Poliță.
Data înregistrării	ziua lucrătoare în care Asigurătorul primește și acceptă/ înregistrează și procesează Cererea de asigurare/ Cererea de alocare a unităților de fond la

	sediul central, completată în întregime și semnată de Contractant.
Diferența dintre prețul de cumpărare și prețul de vânzare	prețul de vânzare de la o anumită zi de evaluare este mai mic cu un procent de 5% față de Prețul de cumpărare de la aceeași zi de evaluare a Unităților pentru fiecare Program investițional în parte. Această diferență este prezentată și în Documentul cu informații esențiale ale programelor investiționale în tabelul care prezintă compoziția costurilor în secțiunea Costuri unice.
Indemnizație de deces	reprezintă valoarea contului, calculată la următoarea dată de evaluare după data înregistrării decesului Asiguratului.
Indemnizație de maturitate	reprezintă suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului în cazul în care acesta este în viață la data expirării Contractului de asigurare/ a asigurării suplimentare de investiție. Aceasta este reprezentată de valoarea contului, calculată la data expirării asigurării de investiție.
Primă suplimentară	suma de bani plătită de Contractant într-o singură tranșă, la momentul completării Cererii de asigurare sau oricând pe durata asigurării și care va fi investită de Asigurător conform opțiunii Contractantului.
Preț de cumpărare	prețul la care sunt alocate unitățile de fond în Contul de investiție
Preț de vânzare	prețul la care sunt vândute unitățile de fond din Contul de investiție, în scopul deducerii cheltuielilor și/ sau al plății beneficiilor care decurg din Contract.
Procent de alocare	partea din prima de asigurare unică, ce este investită într-unul sau mai multe dintre cele 4 fonduri de investiții.
Programe de investiție (fonduri)	portofoliul de active financiare, administrat prin intermediul unor instituții financiare, în scopul exclusiv al investirii primei alocate componente de investiție.
Taxă de administrare a Programelor de investiție	este înglobată de către administratorul fondului de investiții în prețul de vânzare/ cumpărare a unității de fond, exprimată ca procent anual aplicat la valoarea activului fiecărui Program de investiție, înainte de calculul Prețului de vânzare. Această taxă este prezentată și în Documentul cu informații esențiale ale programelor investiționale în tabelul care prezintă compoziția costurilor în secțiunea Costuri recurente.
Taxă de răscumpărare	suma dedusă de către Asigurător din Contul de investiție, în cazul răscumpărării totale/ parțiale a Contractului de asigurare. Această taxă este prezentată și în Documentul cu informații esențiale ale programelor investiționale în tabelul care prezintă compoziția costurilor în secțiunea Costuri unice.
Transfer de unități	dreptul Contractantului de a muta unități între Programele investiționale pentru unitățile existente în Contul de investiție, oricând pe durata asigurării suplimentare prin trimiterea unei Cereri de alocare a unităților de fond, completată și semnată de acesta.
Unitate de fond	diviziune a fondului de investiții folosită de Asigurător în scopul evaluării drepturilor și a obligațiilor bănești ce decurg din Contractul de asigurare.
Valoarea Contului	este suma de bani determinată prin înmulțirea numărului de unități de fond deținute cu prețul de vânzare al unităților din fondul de investiții.
Valoarea de răscumpărare parțială	valoarea obținută prin retragerea unei părți din suma de bani aflată în Contul de investiție, sumă ce trebuie să se situeze între anumite limite stabilite și

comunicate de către Asigurător.

Valoarea de răscumpărare totală	valoarea obținută prin retragerea întregii sume de bani aflată în Contul de investiție și pe care Asigurătorul este obligat a o plăti conform Condițiilor de Asigurare, după reținerea taxei de răscumpărare totală.
---------------------------------	--

Anexa 1

Beneficiile asigurării suplimentare de investiție	Valoare
Indemnizația în cazul decesului Asiguratului, în cazul în care Polița este în vigoare	Valoarea Contului de investiție
Indemnizația în cazul decesului Asiguratului, în cazul în care Polița nu este în vigoare	Valoarea Contului de investiție
Beneficiul de maturitate	Valoarea Contului de investiție
Transfer de unități	Primele 2/an de asigurare sunt gratuite

Limite	Valoare
Durata asigurării suplimentare de investiție	Min. 5 ani, Max. Până la expirarea asigurării de bază
Valoarea Primei suplimentare	Min. 500 lei - Max. 65.000 lei
Subscrierea minimă netă a fiecărui fond de investiții	50 lei
Valoarea Răscumpărării parțiale	Min. 100 lei - Max. 50% din valoarea contului

Taxe	Valoare/ procent
Diferența dintre prețul de cumpărare și prețul de vânzare	5%
Taxa anuală de administrare a Programelor investiționale (înglobată în prețul de vânzare/cumpărare a unității de fond)	• Dinamic 1,96% (reprezentată de Costuri de tranzacționare a portofoliului 0,10%, Alte costuri recurente 1,86%) • Maxim 3,16% (reprezentată de Costuri de tranzacționare a portofoliului 0,10%, Alte costuri recurente 3,06%) • Clasic 1,93% (reprezentată de Costuri de tranzacționare a portofoliului 0,07%, Alte costuri recurente 1,86%) • Prudent 0,66% (reprezentată de Costuri de tranzacționare a portofoliului 0%, Alte costuri recurente 0,66%)
Taxa de răscumpărare parțială	• Începând cu primul an de la încheierea asigurării suplimentare: 1% din valoarea răscumpărată • Începând cu anul 3: 0% din valoarea răscumpărată
Taxa de răscumpărare totală (în funcție de anul asigurării suplimentare de investiție)	• În primul an de la încheierea asigurării suplimentare: 3%, aplicat la valoarea răscumpărată • În anul 2: 1%, aplicat la valoarea răscumpărată • Începând cu anul 3: 0% din valoarea răscumpărată

Transferul de unități de fond

- Primele 2 transferuri efectuate într-un an de asigurare al asigurării suplimentare de investiție: gratuite
- Începând cu al 3-lea transfer efectuat într-un an de asigurare: 9 lei/ transfer

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

2. Servicii acoperite

Asigurarea suplimentară oferă **Asiguratului** acces 24/7 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 asigurare suplimentară se încheie **odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/ reînnoirea** Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul/Asiguratul a optat pentru aceasta.
- 3.2 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Polița de asigurare/ Certificatul 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/ Certificatul de asigurare**.
- 3.3 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.
- 3.4 În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă Asigurarea suplimentară pentru Chat medical, 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 aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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. 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 Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare. După înregistrare, la numărul de telefon mobil furnizat de Asigurat, 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 agreeate. 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/ Certificatului 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, Facebook Messenger 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.

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

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 care constă în 4 sesiuni (online sau fizic) de psihoterapie/ consiliere psihologică per an, pentru fiecare Asigurat.

Sesiunile suplimentare (celor 4 acoperite de asigurarea prezentă) de psihoterapie/ consiliere psihologică vor fi plătite direct de către Asigurat către partenerul Groupama, conform tarifelor stabilite de acesta.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/ reînnoirea** Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul a optat pentru aceasta.
- 3.2 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, odată cu Asigurarea de bază.
- 3.3 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.
- 3.4 În cazul în care Asiguratorul 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 aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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. Accesarea serviciilor acoperite

- 5.1 Pentru accesarea serviciilor acoperite, pe perioada de valabilitate a asigurării, este necesară:
 - Apelarea telefonică la numărul de telefon al clinicii **The Mind** ce se poate regăsi pe site-ul <https://www.themind.ro/contact/> sau transmiterea unui mesaj la adresa de email office@themind.ro, în cadrul căruia se va transmite numele și prenumele Asiguratului, ultimile 7 cifre din CNP- ul acestuia precum și faptul ca este Asigurat Groupama.
 - Se vor agreea apoi cu personalul clinicii **The Mind** detaliile necesare programării (clinica, ziua si ora programarii)
 - Alegerea specialistului și realizarea unei programări - lista specialiștilor și adresele lor de email sunt actualizate în permanență și puse la dispoziția Asiguraților pe pagina <https://www.themind.ro/echipa/>.
- 5.2 Asiguratul va avea acces la numărul de sesiuni rămase după fiecare accesare a serviciilor, prin contact direct cu reprezentanții clinicii **The Mind** (telefonic sau pe email).
- 5.3 În cazul neprezentării la o sesiune programată și a neinformării clinicii despre anulare cu mai mult de 24 ore înainte de data programării, respectiva sesiune se va considera consumată din cele 4 disponibile pe an.

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/ Certificatului de asigurare.

7. Definirea termenilor

Partenerul Groupama	furnizor de servicii de sănătate emoțională cu care Asigurătorul are contract de colaborare și la care Asigurații au acces la servicii prestate de specialiști autorizați și certificați în domeniile de sănătate mintală (consiliere psihoterapeutică 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 STOMATOLOGIE

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

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 stomatologice** furnizat de partenerul Groupama:

- o consultație sau un control
- o igienizare dentară (detartraj + periaj)
- un tratament de carie simplă)
- o radiografie panoramică
- o radiografie retroalveolară.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie **odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/ reînnoirea** Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul/Asiguratul a optat pentru aceasta.
- 3.2 Asigurarea suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, odată cu Asigurarea de bază. Serviciul va fi **disponibil pentru activare în termen de 3 - 4 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a Poliței de asigurare/ Certificatului de asigurare**.
- 3.3 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 serviciile acoperite.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății 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 acelorași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. Accesarea serviciilor acoperite

- 5.1 Pentru accesarea serviciilor acoperite pe perioada de valabilitate a asigurării, este necesar ca asiguratul să activeze contul, astfel:
 - **să se înregistreze** pe site-ul www.izidoc.ro/Groupama completând toate câmpurile disponibile, conform instrucțiunilor de pe site și a datelor completate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare. După înregistrare, pe adresa de e-mail furnizată va fi trimis în maxim 24 de ore un **e-mail de confirmare** a activării contului.
 - **să își exprime acordul** pentru folosirea platformei prin accesarea link-ului din e-mail și definirea unei parole individuale.
 - **să descarce aplicația IziDoc** din AppStore/Google Store pentru accesarea abonamentului și a beneficiilor, pe baza adresei de e-mail și a parolei stabilite.
- 5.2 Asiguratul va putea utiliza serviciile acoperite, după activare pe durata asigurării, în concordanță cu Termenii și condițiile agreate.

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/Certificatului 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 servicii medicale stomatologice, conform prezentelor Condiții de asigurare, furnizate de medici specialiști autorizați să profeseze în România
---------------------	---
