

---

Condiții de Asigurare  
Asigurarea Privată de Sănătate  
**GENERALI CORPORATE CARE**

---



Mod GCC 1 / 01.01.2015



## Condiții de Asigurare Asigurarea Privată de Sănătate **GENERALI CORPORATE CARE**

Cuprins

### Condiții Generale de Asigurare

Definiții: .....	3
Articolul 1. Contractul de asigurare .....	5
Articolul 2. Forma și dovada contractului .....	5
Articolul 3. Coasigurarea .....	5
Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat .....	5
Articolul 5. Obiectul Asigurării .....	6
Articolul 6. Încheierea contractului de asigurare și criteriile de eligibilitate .....	6
Articolul 7. Cazuri speciale de evaluare medicală pentru asigurați .....	7
Articolul 8. Prima de Asigurare/Regularizarea Primei de Asigurare .....	7
Articolul 9. Neplata primei de asigurare .....	7
Articolul 10. Drepturile și obligațiile Asigurătorului/Contractantului/Asiguratului .....	7
Articolul 11. Declarații false .....	9
Articolul 12. Închietarea asigurării .....	9
Articolul 13. Întinderea teritorială .....	10
Articolul 14. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi .....	10
Articolul 15. Anexe, acte declarative .....	10
Articolul 16. Excluderi .....	10
Articolul 17. Locul comunicărilor .....	11
Articolul 18. Alte reglementări .....	11

### Condiții Particulare de Asigurare

A. Acoperirea pentru Consultații Medicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	12
B. Acoperirea pentru Consultații Medicale la Domiciliu din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	13
C. Acoperirea pentru Analize Medicale de Laborator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	14
D. Acoperirea pentru Investigații Medicale Imagistice și Explorări Funcționale în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	15
E. Acoperirea pentru Serviciul de Ambulanță din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	16
F. Acoperirea pentru Proceduri Chirurgicale efectuate în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	16
G. Acoperirea pentru Vaccinări .....	18
H. Acoperirea pentru Control Medical Anual Preventiv .....	18
I. Acoperirea pentru Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	19
J. Acoperirea pentru Perioada Gravidații .....	20
K. Acoperirea pentru Naștere .....	21
L. Acoperirea pentru Tratament Dentar din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	22
M. Acoperirea pentru Procurarea de Medicamente din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	23
N. Acoperirea pentru Recuperare Medicală Post-spitalizare din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	24
O. Acoperirea Extinsă pentru Boli Grave din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire) .....	25

---

#### Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.

Companie membră a Grupului Generali, listat în Registrul Grupurilor de asigurare gestionat de către ISVAP sub nr. 26, Administrată în sistem dualist, cu Sediul Social în București, Sector 1, Piața Charles de Gaulle nr. 15, etajele 6, 7 și 8, Cod poștal 011857, Telefon + 4021 312 36 35, Fax +4021 312 37 20, Call Center: + 40372 01 02 02, [www.general.ro](http://www.general.ro), E-mail: [info.ro@general.com](mailto:info.ro@general.com), Autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Cod Unic RA-002, EN ISO 9001: 2008 - Sistem de Management al Calității, Certificat R.C.: J40/17484/2007, C.I.F.: RO 2886621, Capital social: 179.100.908,7 Lei, avizat la ANSPDCP cu nr. 11755.

# Condiții Generale de Asigurare

## Definiții:

În prezentele condiții de asigurare se adoptă următoarele definiții:

<b>Asigurător:</b>	S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.;
<b>Contractant:</b>	Persoana juridică care încheie, în numele persoanei asigurate, Contractul de asigurare cu Asigurătorul și care poartă responsabilitatea cu privire la plata Primei de asigurare;
<b>Grup:</b>	Minimum 10 persoane care au o relație de muncă cu Contractantul, inclusiv directorii, Directorii executivi, managerii, administratorii etc., care au un contract de muncă sau de Mandat încheiat cu Contractantul. De asemenea, grupul poate fi constituit și din minim 10 persoane care au o altă relație Contractuală cu Contractantul (de tipul: membrii unei asociații/sindicat/club etc.).
<b>Asigurare de grup:</b>	Asigurare acordată unui anumit număr de persoane (minim 10), în care Contractantul este Angajatorul persoanelor respective sau asociația din care fac parte;
<b>Asigurat:</b>	Persoana desemnată de către Contractant, membră a Grupului, a cărei stare de sănătate reprezintă obiectul asigurării și căreia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în contractul de asigurare;
<b>Coasigurat (Dependent):</b>	Membrii al familiei Asiguratului, respectiv rudele de gradul 1 ale acestuia (soțul/soția, părinții sau copiii). Conform prezentelor condiții de asigurare, coasigurații au aceleași drepturi și obligații cu asigurații. Asigurarea poate fi încheiată pentru persoane a căror vârstă este cuprinsă între 6 luni și 65 de ani, iar pentru coasiguratul copil, vârsta nu poate depăși 21 ani.
<b>Contribuție proprie/ coplată:</b>	Suma fixă sau procent din cuantumul despăgubirii, reprezentând partea din despăgubire rămasă în sarcina Asiguratului și care nu se acoperă de către Asigurător.
<b>Categorie de asigurați:</b>	O parte din membrii eligibili încadrați într-un sub-grup conform unor criterii stabilite de Contractantul asigurării și comunicate în scris Asigurătorului.
<b>Prima de asigurare Individuală:</b>	Suma ce trebuie plătită de către Contractant pentru un Asigurat;
<b>Primă de asigurare totală:</b>	Suma ce trebuie plătită de către Contractant pentru toți Asigurații, înainte de începerea asigurării, în schimbul preluării de către Asigurător a Riscului asigurat. Prima de asigurare totală poate fi plătită integral (anual) sau eșalonat, în rate trimestriale sau semestriale, la termenele specificate în Contractul de asigurare;
<b>Cerere de asigurare:</b>	Formularul completat și semnat pe propria răspundere de către Contractant, Intermediar (dacă este cazul) și Asigurător care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, precum și manifestarea de voință și consimțământul Contractantului cu privire la încheierea contractului de asigurare;
<b>Oferta de asigurare:</b>	Formularul completat și semnat de către Asigurător, Intermediar (dacă este cazul) și Contractant, care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, pachetele de acoperiri oferite, sumele asigurate, perioada asigurată, alte date importante relaționate cu serviciile oferite prin asigurare, precum și manifestarea de voință și consimțământul Contractantului cu privire la încheierea contractului de asigurare;
<b>Poliță de asigurare:</b>	Document scris, emis de către Asigurător, care dovedește încheierea Contractului de Asigurare. Orice derogare de la condițiile de asigurare se face prin prevederi specifice în Polița de asigurare sau prin acte adiționale ale Poliței de asigurare;
<b>Declarație de sănătate:</b>	Formular propriu al Asiguratului completat de Asigurat cu informațiile despre starea de Sănătate a acestuia;
<b>Contract de asigurare:</b>	Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare Asiguratului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat. Acesta este reprezentat prin totalitatea documentelor care reglementează relațiile dintre Contractant, Asigurat și Asigurător și cuprinde: <ul style="list-style-type: none"><li>- polița de asigurare;</li><li>- prezentele condiții generale de asigurare;</li><li>- condițiile particulare de asigurare, în funcție de riscurile asigurate;</li><li>- cererile, ofertele de asigurare (dacă există);</li><li>- declarațiile de sănătate (dacă este cazul);</li><li>- anexele și actele declarative (dacă există);</li><li>- orice alte documente solicitate de Asigurat pentru bună desfășurare a asigurării;</li></ul>
<b>Eveniment:</b>	Incidentul sau seria de incidente care produc Riscul asigurat și la apariția cărora Asiguratul va plăti Indemnizația de asigurare Asiguratului sau va acoperi costul serviciilor medicale, conform contractului de asigurare;
<b>Risc asigurat:</b>	Un eveniment viitor, posibil dar incert, la care este expusă viața sau sănătatea Asiguratului. Riscurile asigurate sunt cele prevăzute în polița de asigurare.
<b>Servicii medicale acoperite:</b>	Totalitatea serviciilor medicale la care Asiguratul este îndreptățit în virtutea contractului de Asigurare;
<b>Accident:</b>	Eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală detectabilă din punct de vedere medical sau decesul Asiguratului. Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară etc., nu pot fi incluse în această categorie.

<b>Îmbolnăvire:</b>	Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării;
<b>Consultație medicală:</b>	Examinarea unui pacient de către un medic în scopul stabilirii diagnosticului și a schemei terapeutice;
<b>Indemnizația de asigurare/ Despăgubirea:</b>	La producerea anumitor riscuri specificate în condițiile de asigurare Asigurătorul poate achita o sumă în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare.
<b>Afecțiune (condiție) preexistentă:</b>	Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului diagnosticată de către un medic înaintea intrării în asigurare a acestuia, cu excepția afecțiunilor acute care s-au vindecat în totalitate;
<b>Boală cronică:</b>	Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând îngrijiri medicale de specialitate repetate. În această categorie se includ (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă) următoarele boli: diabetul zaharat, hepatită cronică, pancreatită cronică, poliartrită reumatoidă, insuficiență cardiacă etc. În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punctul de vedere al evoluției clinice;
<b>Suma asigurată:</b>	Suma maximă în limita căreia Asigurătorul preia costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului sau plătește indemnizația de asigurare/despăgubirea în conformitate cu prevederile condițiilor de asigurare;
<b>Documente justificative de decontare:</b>	Documentele pe care le eliberează prestatorul de servicii medicale pentru a acoperi costul serviciilor medicale efectuate unui Asigurat;
<b>Centru de coordonare:</b>	Dispecerat permanent care menține legătura între Asigurat, Asigurător și Prestatorii de servicii medicale, în ceea ce privește desfășurarea procesului de soluționare a daunelor;
<b>Prestator de servicii medicale:</b>	Unitate medicală (spitalicească sau ambulatorie), autorizată de către Ministerul Sănătății Publice, care se ocupă de furnizarea sau intermedierea serviciilor medicale cuprinse în Contractul de asigurare și care poate emite documente justificative de decontare pentru toate serviciile medicale prestate;
<b>Rețeaua de prestatori de servicii medicale: Spital:</b>	Totalitatea prestatorilor de servicii medicale agreați de către Centrul de coordonare și de Asigurător; O unitate medicală cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de MS și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: <ul style="list-style-type: none"> <li>- acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;</li> <li>- dispune de echipamente medicale adecvate, de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului;</li> </ul>
<b>Rezervă privată, în regim hotelier: Costul serviciilor medicale:</b>	Unitate spitalicească privată, care se află în incinta unui spital de stat. Suma care se plătește de către Asigurător prestatorului de servicii medicale, ca urmare a producerii riscului asigurat. Costul serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare emise de către Prestatorul de servicii medicale și nu poate depăși valoarea sumei asigurate menționate în poliță pentru fiecare risc asigurat în parte.
<b>Reînnoirea contractului:</b>	Continuarea valabilității contractului de asigurare pentru o nouă perioadă în aceleași Condiții stabilite inițial de către părți sau printr-o nouă negociere;
<b>Perioada de grație:</b>	O anumită perioadă de timp scursă de la scadența de plată a primei, în care Contractantul mai poate efectua plata și pe parcursul căreia protecția oferită de contractul de asigurare continuă.
<b>Repunere în termen:</b>	Reluarea sau continuarea beneficiilor acoperite prin contractul de asigurare întrerupt din cauza neplății Primelor de asigurare la scadență sau în perioada de grație;
<b>Cerere de plată a unei Daune:</b>	Solicitarea de plată a unei daune acoperite prin contractul de asigurare;
<b>Clauze contractuale:</b>	Prevederi menționate în contractul de asigurare, care stabilesc cel puțin drepturile și obligațiile părților contractuale;
<b>Confidențialitatea informațiilor:</b>	Obligația de a nu divulga informații legate de starea de sănătate și de tratamentul efectuat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. În vederea soluționării dosarelor de daună Asiguratul împuternicește Asigurătorul în mod automat la data încheierii poliței de asigurare să întreprindă orice fel de investigații, să ceară documente medicilor curanți și să obțină rezultatele investigațiilor medicale efectuate de acesta.
<b>Data intrării în vigoare a contractului de asigurare:</b>	Data de la care este angajată răspunderea Asigurătorului, menționată în polița de asigurare.
<b>Data expirării contractului de asigurare:</b>	Data încetării răspunderii Asigurătorului, menționată în polița de asigurare.
<b>Excluderi:</b>	Circumstanțe sau condiții specifice menționate în contractul de asigurare pentru care nu se acordă indemnizația sau suma asigurată, sau nu se acoperă costul serviciilor medicale.
<b>Limita acoperirii:</b>	Cheltuiala maximă pentru un anumit beneficiu din asigurare care poate fi efectuată pentru întreaga perioadă asigurată.
<b>Litigii:</b>	Neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile contractului de asigurare care pot face obiectul unui proces în fața instanțelor competente.

<b>Perioada de așteptare:</b>	Intervalul de timp dintre data încheierii contractului de asigurare și data de la care este angajată răspunderea Asiguratorului pentru anumite servicii medicale specificate în contract.
<b>Transport sanitar neasistat:</b>	Transportul pacienților care nu se află în stare critică și care nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului, în condiții stabilite de legislația în vigoare.
<b>Transport medical de urgență/Ambulanța:</b>	Transportul pacientului la un spital, realizat prin intermediul unui vehicul amenajat special pentru acordarea asistenței medicale de urgență.
<b>Proteză:</b>	Structură artificială, dispozitiv sau aparat, care reconstituie o parte a corpului uman (organ, membru sau o parte dintr-un membru) absentă, afectată sau distrusă;
<b>Orteză:</b>	Aparat ortopedic destinat protejării, imobilizării sau susținerii corpului sau a unei părți a acestuia, la nivelul căruia este fixat direct;
<b>Medicament:</b>	Substanță sau amestec de substanțe care prezintă proprietăți curative în cazul unor afecțiuni, ca și orice produs care poate fi administrat în vederea stabilirii unui diagnostic medical sau a restaurării, corectării și modificării funcțiilor organice, și se regăsește în lista oficială a medicamentelor din România.
<b>Medic:</b>	Persoana care posedă o diplomă eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în baza unei autorizații valabile de liberă practică, absolvent și licențiat al unei Facultăți de Medicină autorizate;
<b>Recomandare/rețetă/ prescripție medicală:</b>	Document medical, eliberat de un medic cu drept de liberă practică emis de Colegiul Medicilor din România, ce conține următoarele informații obligatorii: datele de identificare ale asiguratului, diagnostic, recomandările medicului, data, semnătura și parafa medicului;
<b>Sport extrem:</b>	Este o activitate sportivă cu un grad ridicat de pericol inerent ce implică de cele mai multe ori viteză, înălțime, un nivel ridicat de efort fizic sau echipamente specializate. Pentru exemplificare, astfel de sporturi extreme sunt (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): parașutismul, deltaplanorismul, utilizarea de parapante, sărituri cu coarda elastică, rafting, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă, alpinism, mountain bike etc. În cazul în care potențialul asigurat practică sporturi extreme și solicită în mod expres Asiguratorului să fie acoperit, atunci Asiguratorul va evalua și va decide modalitatea de preluare în asigurare sau refuzul includerii în asigurare a acestuia.
<b>RMN și CT:</b>	Rezonanță magnetică nucleară și computer-tomografie.
<b>Caz de urgență medicală/ Urgență medico-chirurgicală:</b>	Orice îmbolnăvire sau accident survenite brusc sau neașteptat, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia.
<b>Card de asigurare:</b>	Cartela care atestă faptul că persoana nominalizată are calitatea de Asigurat. Cardul va include următoarele informații: numele și prenumele persoanei asigurate, numele Contractantului, pachetul de asigurare, alte date menționate de Asigurator.
<b>Franșiza/Coplata:</b>	Suma fixă (fie chiar exprimată ca procent din suma asigurată) și/sau procentul din valoarea daunei, care rămâne în sarcina exclusivă a Asiguratului, fără ca el să poată, cu riscul decăderii din dreptul la despăgubire, să o asigure la alte societăți. Valoarea franșizei/coplății nu va fi acoperită de către Asigurator.

## Articolul 1. Contractul de asigurare

Contractul de asigurare este reglementat de Condițiile de Asigurare Generale și Particulare, de Clauzele Speciale/Adiționale în cazul în care sunt menționate în mod expres în polița de asigurare, de Anexe, de Actele Declarative/Adiționale, de Cererea de asigurare și de alte înțelegeri scrise, semnate de părți, toate făcând parte integrantă din contract.

Respectarea riguroasă și îndeplinirea dispozițiilor prevăzute în acest contract, în măsura în care se referă la obligațiile care-i revin Asiguratului, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile Asiguratului la declarația de sănătate, ca și cele din cererea de asigurare sunt adevărate, vor fi o condiție ce precede orice răspundere care revine Asiguratorului.

## Articolul 2. Forma și dovada contractului

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

## Articolul 3. Coasigurarea

Coasigurarea este operațiunea prin care doi sau mai mulți asigurători acoperă același risc, fiecare asumându-și o cotă-parte din acesta. Fiecare coasigurător răspunde față de asigurat numai în limita sumei pentru care s-a angajat prin contractul de asigurare.

## Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat

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

## Articolul 5. Obiectul Asigurării

- 5.1 Asigurarea de grup „Generali Corporate Care” este un produs de asigurare care oferă protecție pentru unul sau mai multe riscuri prevăzute la art. 5.5, conform opțiunii Contractantului, pentru Grupuri de persoane.
- 5.2 Asigurarea de grup „Generali Corporate Care” nu reprezintă un plan de economisire sau capitalizare și prin urmare nu are valoare de răscumpărare și nu poate fi transformată într-o asigurare cu sumă redusă.
- 5.3 Asigurarea de grup „Generali Corporate Care” se încheie pe o perioadă de 1 an, cu posibilitatea reînnoirii anuale la sfârșitul perioadei de asigurare, în aceleași condiții sau printr-o nouă negociere.
- 5.4 Contractul de asigurare se încheie obligatoriu nominal conform art. 6.7.
- 5.5 Riscurile asigurate prin condițiile generale și condițiile particulare de asigurare, pot fi, conform opțiunii Contractantului:
- Consultații medicale din orice cauză la cabinete medicale/clinici medicale/spitale;
  - Consultații medicale din orice cauză la domiciliul Asiguratului;
  - Analize medicale de laborator din orice cauză;
  - Investigații medicale imagistice și explorări funcționale în ambulator din orice cauză;
  - Serviciul de ambulanță din orice cauză;
  - Proceduri chirurgicale efectuate în ambulator din orice cauză;
  - Vaccinări din orice cauză;
  - Control medical anual preventiv;
  - Spitalizare continuă din orice cauză și Intervenții Chirurgicale din orice cauză;
  - Acoperire pentru perioada gravidității;
  - Acoperire pentru naștere;
  - Acoperire pentru tratament dentar din orice cauză;
  - Acoperire pentru procurarea de medicamente din orice cauză;
  - Recuperare medicală post-spitalizare din orice cauză;
  - Acoperire extinsă pentru boli grave din orice cauză.
- 5.6 Noțiunea de „orice cauză” are în vedere exclusiv Accidentele sau Îmbolnăvirile produse în perioada asigurată. Pentru a fi operante, riscurile de asigurare trebuie menționate explicit în polița de asigurare.

## Articolul 6. Încheierea contractului de asigurare și criteriile de eligibilitate

- 6.1 Contractul de asigurare se încheie între Contractant și Asigurător, Contractantul având obligația de a informa Asigurații privind termenii contractuali;
- 6.2 Contractul de asigurare se încheie pentru membrii Grupului eligibili, a căror vârstă este cuprinsă între 16 ani și 65 de ani. Asigurarea poate fi încheiată și pentru coasigurați/dependenții Asiguraților cu vârsta cuprinsă între 6 luni și 65 de ani, iar pentru coasiguratul copil, vârsta nu poate depăși 21 ani.
- 6.3 În condițiile art. 6.2, se consideră membru eligibil:
- un membru al Grupului, activ și prezent la locul de muncă la data începerii asigurării;
  - un membru al Grupului, care nu este activ și prezent la locul de muncă la data începerii asigurării este considerat eligibil la data reînnoirii activității;
  - o persoană, care devine membru al Grupului după data de început a asigurării, este considerată eligibilă din momentul includerii în grupul respectiv de către Asigurător;
  - În cazul în care, prin contractul de asigurare, se oferă acoperire pentru coasigurații persoanei asigurate (dependenți), perioada de includere a acestora în asigurare este de maxim o lună de la data emiterii Poliței de asigurare pentru coasigurații membrilor existenți la această dată și de maxim o lună de la data includerii în grup a dependenților membrilor noi.
- 6.4 La reînnoirea poliței de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a reevalua riscul asigurat și de a modifica primele de asigurare în conformitate cu istoricul daunelor înregistrate pe polița de asigurare anterioară, sau chiar de a refuza reînnoirea poliței.
- 6.5 Contractul de asigurare se încheie nominal, pentru toți membrii grupului eligibili cu actualizarea listelor de personal și includerea ulterioară în asigurare a persoanelor noi din grup cu respectarea prevederilor Ordinului CSA nr. 23/2009. Acoperirea este valabilă numai pentru persoanele nominalizate.
- 6.6 Un membru al Grupului este asigurat (inclus în asigurare) fără investigații medicale pentru Suma asigurată/limitele de asigurare menționate în Polița de asigurare de la data la care devine eligibil conform art. 6.3. În cazurile cuprinse la art. 6.3 alin. b) și c), plata Primei de asigurare individuale aferente perioadei de asigurare se face la:
- Data plății primelor de asigurare, sau
  - Data convenită în Contractul de asigurare (la data de regularizare a primei de asigurare în funcție de fluctuația de personal).
- 6.7 La data începerii asigurării, Contractantul va transmite obligatoriu Asigurătorului lista membrilor eligibili, care va cuprinde:
- Numele și prenumele;
  - CNP;
  - Data începerii raporturilor de muncă/colaborare, respectiv data includerii în grup pentru sindicate, asociații, cluburi etc.;
  - Categoria de includere.
- Lista membrilor eligibili se actualizează la datele stabilite de comun acord între Contractant și Asigurător. Lista se trimite obligatoriu și în formă electronică într-un format standard specificat de Asigurător.
- 6.8 Asigurătorul emite o singură Poliță de asigurare, cu anexele (dacă există), pentru toți Asigurații, la care se pot adăuga Anexe și acte adiționale, dacă este cazul.

Acoperirea prin asigurare începe la ora 00.00 a zilei imediat următoare celei în care Contractantul a plătit prima de asigurare totală/avansul de primă, dar nu mai devreme de data începerii Asigurării menționată în Polița de asigurare dacă părțile nu au convenit altfel.

6.9 Asigurătorul poate emite carduri de asigurare pentru toți Asigurații.

## Articolul 7. Cazuri speciale de evaluare medicală pentru asigurați

7.1 În general, Asigurătorul nu solicită completarea Declarațiilor de sănătate și efectuarea de investigații medicale pentru membrii eligibili. În cazuri deosebite însă (sume asigurate mari/grupuri mici/vârsta înaintată etc.), Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita membrilor eligibili completarea unor declarații de sănătate sau efectuarea unor examinări/investigații medicale, respectiv prezentarea de documente medicale recente, anterioare includerii în asigurare.

7.2 În urma analizei declarației de sănătate, pot exista următoarele cazuri:

- Preluarea membrului eligibil în condiții standard;
- Preluarea membrului eligibil în condiții de asigurare diferite de cele aplicabile celorlalți membri ai grupului (modificare primă, impunerea unor excluderi, propunerea de sume asigurate diferite etc.);
- Refuzul preluării în asigurare a respectivului membrului eligibil;
- Propunerea de planuri alternative de asigurare;
- Amânarea includerii în asigurare până la o reevaluare medicală a cărei dată va fi stabilită de Asigurător.

## Articolul 8. Prima de Asigurare/Regularizarea Primei de Asigurare

8.1 Cota de Primă de asigurare individuală se calculează în funcție de vârsta membrilor eligibili, ocupația acestora, suma asigurată/limitele de asigurare pentru riscurile acoperite și mărimea Grupului și este aceeași pentru toți membrii eligibili. Cota de primă pentru membrii Grupului incluși în asigurare se calculează în funcție de riscurile individuale și acoperirile solicitate. Prima de asigurare totală se calculează pe baza cotelor de primă precizate mai sus, beneficiilor acordate și cheltuielilor Asigurătorului.

8.2 La solicitarea Contractantului, Asigurătorul poate calcula prima de asigurare pentru sub-grupuri de membrii eligibili, în funcție de criteriile stabilite de Asigurător. În acest caz, Prima de asigurare totală se obține prin însumarea primelor de asigurare astfel calculate.

8.3 Prima de asigurare totală se plătește integral anual sau în rate trimestriale sau semestriale conform Contractului de asigurare. Ratele de primă trebuie să fie plătite la termenele scadente specificate în Contractul de asigurare.

8.4 Prima de asigurare totală sau ratele de primă se plătesc de către Contractant pentru toți Asigurații.

8.5 Pentru membrii Grupului incluși în asigurare în situațiile prevăzute la art. 6.3 lit. b) și c), Contractantul este obligat să plătească Prima de asigurare individuală la datele stabilite în art. 6.6 și pentru perioada de asigurare corespunzătoare.

8.6 Contractantul este răspunzător de plata primelor de asigurare. Plata primelor de asigurare sau a ratelor de primă se face prin transfer bancar/ordin de plată/direct debit, în contul indicat de Asigurător în Contractul de asigurare.

8.7 Primele de asigurare se plătesc în valuta convenită în Contractul de asigurare.

8.8 Prima de asigurare se va regulariza conform fluctuației de personal înregistrată în cursul anului de asigurare. Regularizarea se va efectua la datele stabilite de comun acord între Contractant și Asigurător.

## Articolul 9. Neplata primei de asigurare

9.1 În cazul în care Contractantul nu achită primele de asigurare la scadență, Asigurătorul acordă o perioadă de grație de 30 de zile pentru plata ratelor, începând cu data de scadență a celei dintâi rate neachitate. În această perioadă riscurile asigurate sunt acoperite.

9.2 În cazul în care ratele de asigurare nu sunt plătite în perioada de grație, acoperirea prin asigurare continuă până la finalul perioadei de grație după care se întrerupe și poate fi reluată (repusă în termen) într-o perioadă de maxim 3 luni de la prima scadență neachitată - prin plata primelor de asigurare stabilite de Asigurător.

9.3 Repunerea în termen (reluarea acoperirii) are loc la ora 00.00 a zilei imediat următoare zilei în care s-au plătit integral prima/ratele de asigurare restante.

9.4 După trecerea a 3 luni de la prima scadență neachitată, Asigurătorul poate rezilia Contractul de asigurare, fără altă înștiințare prealabilă, cu începere de la prima scadență neachitată. După rezilierea contractului, nu mai este posibilă repunerea lui în termen (reluarea acoperirii). În acest caz, Contractantul are obligația de a achita Asigurătorului în termen de maxim 30 de zile de la finalul perioadei de grație contravaloarea primei de asigurare pentru perioada de grație de 30 de zile în care Asigurătorul a oferit acoperire membrilor eligibili ai grupului.

9.5. Extinderea termenelor de plată a ratelor de asigurare restante nu este valabilă dacă nu este aprobată în scris de către Asigurător.

9.6 Asigurătorul nu este obligat să anunțe Contractantul/Asigurații de data scadenței primei de asigurare (acestea fiind comunicate la data emiterii Poliței de asigurare) și nici să încaseze prima de asigurare la domiciliul, sediul sau locul de muncă al Contractantului/Asiguratului.

## Articolul 10. Drepturile și obligațiile Asigurătorului/Contractantului/Asiguratului

10.1 Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare/să acopere Costul serviciilor medicale pentru riscuri asigurate care se produc în perioada de valabilitate a asigurării menționată în Polița de asigurare și care sunt notificate Centrului de coordonare în termenul precizat în prezentele condiții de asigurare.

10.2 Termenul în care trebuie notificată Centrului de coordonare producerea oricărui eveniment asigurat este, după caz:

1. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Partener de servicii medicale din cadrul Rețelei agreate, notificarea trebuie făcută imediat cum s-a produs evenimentul asigurat, înainte ca Asiguratul să întreprindă orice acțiune sau să efectueze orice cheltuială în legătură cu evenimentul asigurat;
  2. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Partener de servicii medicale din cadrul Rețelei agreate, notificarea poate fi făcută și în maxim 48 de ore de la producerea evenimentului asigurat, dacă, din motive obiective, nu a putut fi informat Centrul de coordonare mai devreme.
  3. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Partener de servicii medicale din afara Rețelei agreate, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asiguratorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare. Notificarea se va face prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, fax sau e-mail, care se transmite Centrului de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres). Excepție de la această regulă fac cazurile în care, din motive obiective, justificate pe bază de documente medicale, Asiguratul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii acestei obligații.  
În cazurile 10.2.1 și 10.2.2 Prestatorul de servicii medicale va informa Centrul de coordonare, la numărul de telefon menționat de Asigurator/Centrul de coordonare. În cazul în care Prestatorul de servicii medicale nu informează în termenele specificate în art. 10.2.1 și 10.2.2 Centrul de coordonare, Asiguratul are dreptul de a informa singur Centrul de coordonare. În cazul al treilea, respectiv art. 10.2.3, Asiguratul va trimite documentația direct Centrului de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
- 10.3 În cazul în care nu se anunță producerea riscului asigurat în termenul precizat mai sus, sau nu se respectă în totalitate procedura de lucru între Asigurator și Centrul de coordonare, Asiguratorul își rezervă dreptul de a nu acoperi serviciile medicale efectuate. Contractantul se obligă să informeze toți asigurații cu privire la termenii contractuali.
- 10.4 În cazul în care producerea riscului asigurat este anunțată în termenul precizat la art. 10.2, dar Asiguratul nu este în măsură să acceseze Prestatorii de servicii medicale agreați de către Centrul de Coordonare și Asigurator, atunci decontarea serviciilor medicale prestate se poate efectua doar ulterior, prin depunerea la sediul Centrului de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres), de către Asigurat, a întregii documentații medicale și a bonurilor fiscale justificative în original pentru serviciile medicale prestate în afara Rețelei de Prestatori de servicii medicale, cu respectarea Condițiilor particulare de asigurare pentru fiecare risc asigurat în parte.
- 10.5 În vederea soluționării dosarelor de daună Asiguratul împuternicește Centrul de coordonare și Asiguratorul să întreprindă orice fel de investigații, să obțină documentele/rezultatele investigațiilor medicale efectuate de Asigurat de la medicii curanți/instituțiile medicale și să obțină orice date referitoare la acestea.
- 10.6 Centrul de coordonare va colecta toată documentația necesară întocmirii dosarului de daună, va efectua plata și apoi va trimite Asiguratorului documentația spre decontare.  
Documentația va conține:
1. Pentru cazul general, în care a fost informat centrul de coordonare în termenul prevăzut la art. 10.2.1 sau 10.2.2, documentația va cuprinde:
    - Documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
    - Documentele medicale în baza cărora au fost întocmite documentele justificative de decontare (rezultate analize medicale, rapoarte medicale, bilete de ieșire din spital, copii după foile de observație clinică generală, rezultate investigații medicale etc.) (copii);
    - Declarația de daună completată de Asigurat;
    - Alte documente solicitate de Asigurator.
  2. Pentru cazul prevăzut de art. 10.2.3, sau pentru cazul în care anumite servicii medicale se vor plăti sub formă de indemnizație, documentația va cuprinde:
    - Dovada eligibilității, conform art. 6.3;
    - Copie carte de identitate Asigurat;
    - Declarație de daună completată de către Asigurat;
    - Documente justificative de decontare emise de prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului;
    - Documentele medicale în baza cărora au fost întocmite documentele justificative de decontare (rezultate analize medicale rapoarte medicale, bilete de ieșire din spital, copii după foile de observație clinică generală, rezultate investigații medicale etc.) (copii conforme cu originalul);
    - Alte documente solicitate de Asigurator.
- Documentația medicală necesară și documentele justificative de decontare în original, se vor trimite prin poștă către Centrul de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
- 10.7 Asiguratorul își rezervă dreptul de a verifica prin orice căi condițiile acordării asistenței persoanelor eligibile de către Centrul de coordonare și a serviciilor medicale de către Prestatorul de servicii medicale.
- 10.8 Pentru o analiză temeinică a dosarelor de daună, Centrul de coordonare și Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita Prestatorului de servicii medicale accesul la toate documentele medicale referitoare la Asiguratul care a suferit dauna (rezultatele analizelor, procedurilor medicale etc.).
- 10.9 Toate serviciile medicale vor fi acoperite în următoarele condiții:
- Să fie făcute cu informarea Centrului de coordonare;
  - Să existe documente justificative de decontare pentru toate serviciile medicale prestate, detaliate conform contractelor. Costul total suportat de către Asigurator nu poate depăși limitele înscrise în Contractul de asigurare.
- 10.10 Documentele solicitate de Centrul de coordonare/Asigurator trebuie prezentate în termen de maxim 90 de zile de la data producerii riscului asigurat. În cazul în care documentele solicitate nu au fost puse la dispoziția Asiguratorului în

termen de maxim 90 de zile de la data producerii riscului asigurat cazul va fi închis, urmând a se redeschide în situația depunerii actelor (în termenul maxim specificat de legislația în vigoare).

- 10.11 Centrul de coordonare/Asigurătorul va efectua plata Indemnizației de asigurare/va acoperi costurile serviciilor medicale în termen de 30 de zile de la data la care documentația solicitată pentru dosarul de daună este completă.
- 10.12 Plata indemnizației de asigurare/acoperirea costurilor serviciilor medicale se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Contractul de asigurare și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, la data efectuării plății.  
Documentele justificative de decontare emise de către prestatorul de servicii medicale/centrul de coordonare se vor plăti în moneda emiterii, dacă nu se convine altfel între părți.
- 10.13 Indemnizația de asigurare convenită Asiguratului nu poate fi urmărită de creditorii sau moștenitorii Asiguratului, ori de alte persoane ce au un interes relativ la patrimoniul Asiguratului.
- 10.14 Dacă Asiguratul este minor la data plății Indemnizației de asigurare, plata acesteia se va face de către Centrul de coordonare/Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 10.15 Centrul de coordonare/Asigurătorul își rezervă dreptul de a reduce sau de a nu plăti indemnizația de asigurare sau de a nu acoperi costurile serviciilor medicale, în cazul în care se constată încercări de fraudă din partea Asiguratului/Contractantului/ Prestatorului de servicii medicale.
- 10.16 În eventualitatea în care se constată efectuarea unor plăți necuvenite din partea Centrului de coordonare/Asigurătorului, acesta își rezervă dreptul de a se întoarce împotriva beneficiarilor plăților necuvenite, pentru recuperarea sumelor plătite în mod eronat.
- 10.17 Contractantul asigurării are obligația de a notifica în scris Asigurătorul asupra tuturor modificărilor datelor sale relevante (nume, adresă de corespondență, CUI etc.), ca și de a desemna o persoană împuternicită prin care să poarte corespondența cu Asigurătorul, ale cărei date să fie puse la dispoziția acestuia. Corespondența trimisă de Asigurător la ultima adresă cunoscută se consideră primită de către Contractant.
- 10.18 La încheierea Contractului de Asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant/Asigurați, necesare pentru respectarea prevederilor Legislative referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor.

## Articolul 11. Declarații false

- 11.1 Contractantul Asigurării este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate Asigurătorului privind Asigurații/Coasigurații. Dacă există declarații incorecte, toate indemnizațiile rezultând din Contractul de Asigurare vor fi ajustate în consecință, pe baza datelor corecte.
- 11.2 Dacă Contractantul/Asiguratul vor furniza declarații false sau informații incomplete, în măsura în care aceste informații sunt esențiale pentru bună derulare a Contractului de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a lua următoarele măsuri, în funcție de circumstanțele concrete:
- a) în cazul în care caracterul fals sau incomplet al declarațiilor/informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător înainte de producerea Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are următoarele drepturi:
- i) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință caracteristicile reale ale riscului grupului de asigurați (vârsta, ocupație etc.), ar fi încheiat Contractul de Asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral, în consecință, condițiile de acoperire pentru Asigurații de pe contract (prima, excluderi etc).
- (ii) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință caracteristicile reale și complete privitoare la risc, nu ar fi încheiat Contractul de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de Asigurare.
- b) în cazul în care caracterul fals sau incomplet al declarațiilor/informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător ulterior producerii Evenimentului asigurat, Asigurătorul are următoarele drepturi:
- (i) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință caracteristicile reale și complete privitoare la risc, ar fi încheiat Contractul de Asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a reduce cuantumul Indemnizației corespunzător raportului dintre Prima stabilită și cea care ar fi trebuit plătită, cunoscându-se exact împrejurările, respectiv de a nu acoperi costurile serviciilor medicale. În aceste circumstanțe, Asigurătorul are totodată dreptul de a modifica unilateral, în consecință, Condițiile de Acoperire Contractuală a Riscului producerii oricăroră dintre Evenimentele Asigurate în baza Contractului de Asigurare;
- (ii) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință caracteristicile reale și complete privitoare la Risc, nu ar fi încheiat Contractul de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare și/sau a costurilor serviciilor medicale putând rezilia unilateral Contractul de Asigurare;
- (iii) în cazul în care Asiguratul a furnizat informații false sau incomplete cu privire la circumstanțele producerii Evenimentului/Riscului Asigurat, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare pentru dauna respectivă, respectiv de a nu acoperi costul serviciilor medicale putând exclude din asigurare Asiguratul respectiv.
- 11.3 În cazul rezilierii de către Asigurător a Contractului de asigurare pentru declarații false/incomplete, Asigurătorul este degrevat de orice obligații.

## Articolul 12. Încetarea asigurării

- 12.1 Asigurarea încetează în următoarele cazuri:
- I. Pentru tot grupul:
- Neplata primelor de asigurare la data prevăzută în Contractul de asigurare sau în termenul de grație specificat în Condițiile generale;

- Nerespectarea obligațiilor contractuale de către una dintre părți;
  - La solicitarea uneia dintre părți, printr-o notificare scrisă trimisă celeilalte părți, cu 20 de zile înainte.
- II. Pentru un asigurat/coasigurat:
- La data atingerii vârstei maxime de ieșire din asigurare (66 de ani) sau 21 ani în cazul dependenților copii;
  - La data la care are loc încetarea raporturilor contractuale, din orice motiv, între Asigurat și Contractant;
  - Nerespectarea obligațiilor contractuale de către asigurat/coasigurat;
  - În cazul prezentării către Asigurător a unor documente sau declarații false.
- 12.2. Contractul de asigurare poate înceta prin denunțarea unilaterală de către una dintre părțile contractante, cu notificarea scrisă prealabilă a celeilalte părți, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare.
- 12.3. În calculul primei convenite Contractantului, ca urmare a denunțării contractului de asigurare, se va considera ca durată a anului de asigurare perioada de 360 de zile, dacă părțile nu convin altfel.
- 12.4. Restituirea primei de asigurare se face în conformitate cu prevederile legale și cu aplicarea prevederilor generale, pentru perioada care urmează denunțării unilaterale, respectiv pro-rata temporis (calculată conform articolului 12.3) cu excepția cazurilor în care nu se prevede altfel.

### Articolul 13. Întinderea teritorială

Acoperirile oferite sunt valabile numai pe teritoriul României.

### Articolul 14. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

- 14.1 Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile primelor de asigurare sau indemnizațiilor de asigurare/costurilor serviciilor medicale sunt în sarcina Contractantului asigurării, respectiv Asiguratului sau Centrului de coordonare/Prestatorului de servicii medicale (după caz), în conformitate cu prevederile legale în domeniu.
- 14.2 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita membrilor eligibili efectuarea de investigații medicale înainte de încheierea Contractului de asigurare.

### Articolul 15. Anexe, acte declarative

Eventualele anexe și/sau acte declarative, precum și condițiile particulare de asigurare în funcție de Riscurile asigurate, fac parte integrantă din Contractul de asigurare, acestea producându-și efectele pe toată durata Contractului de asigurare.

### Articolul 16. Excluderi

Sunt excluse din acoperire riscurile apărute ca urmare a:

- a) participării Asiguratului la război, invazie, acțiune a unui inamic străin, ostilități sau operațiuni belicoase (indiferent dacă se declară război sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, insurecție, tulburări civile care capătă proporția unor mișcări populare sau echivalează cu acestea, putere militară sau uzurpată, lege marțială sau stare de asediu sau orice evenimente sau cauze care determină proclamarea sau menținerea legii marțiale sau a stării de asediu precum și participării Asiguratului la orice acțiune în numele sau în legătură cu orice organizație cu activități îndreptate spre răsturnarea prin forță a Guvernului, de jure sau de facto;
- b) riscurilor nucleare: radiațiile ionizante sau contaminarea prin radioactivitate din orice combustibil nuclear sau din orice deșeuri nucleare provenite din arderea combustibilului nuclear (arderea va include procesul auto-suficient de fuziune nucleară) precum și expunerea toxică radioactivă sau alte proprietăți periculoase ale oricărei expunerii la un ansamblu nuclear sau la un element component nuclear al acestuia;
- c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
- d) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave înscrise în Codul Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
- e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
- f) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- g) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
- h) participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- i) bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zonă cu potențial mare de contaminare;
- j) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticată în primele șase luni de la data la care a fost inclus în asigurare asiguratul respectiv;
- k) investigațiilor și tratamentelor pentru sterilitate/inseminare artificială și consecințele/complicațiile acestora precum și ca urmare a schimbării de sex sau donării de organe;
- l) tuturor îmbolnăvirilor cauzate de consumul cronic sau excesiv de alcool (de ex: - enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă) - pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- m) studiilor de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic;

- n) afecțiunilor pre-existente/bolilor cronice în primii 5 ani de asigurare, cu excepția cazului în care afecțiunea a fost declarată de către Asigurat în cererea de asigurare și acceptată în scris de către Asigurător. Pentru afecțiunile pre-existente nedeclarate, vor fi acoperite doar internările pentru cazuri de urgență medico-chirurgicală într-o limită maximă de 2 zile spitalizare/an;
- o) tratamentelor/intervențiilor de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care acestea sunt efectuate ca urmare a consecințelor unui Accident survenit în perioada asigurată;
- p) tuturor evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția cazului în care polița oferă acoperire prin achiziționarea acoperirii de Graviditate sau Naștere);
- q) tratamentului dentar și chirurgiei dentare (cu excepția cazului în care polița oferă acoperire prin achiziționarea acoperirii de Tratament Dentar);
- r) medicinei experimentale, medicinei alternative sau oricăror tratamente/investigații care nu au fost prescrise/recomandate de către o autoritate medicală recunoscută oficial;
- s) oricărui serviciu medical acordat într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre de dezintoxicare/reabilitare, centre de wellness, unități pentru tratarea bolilor psihice etc.);
- t) malpraxisului medical;
- u) oricăror servicii medicale pentru care nu există documente justificative de decontare emise de Prestatorul de servicii medicale;
- v) oricăror servicii medicale neacceptate de către Centrul de Coordonare/Asigurător sau nerecomandate în scris de către Prestatorul de servicii medicale;
- w) actelor de terorism:

Asigurătorul nu despăgubește pierderile, daunele, costurile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate în mod direct sau indirect de către, care decurg din sau sunt în legătură cu orice act de terorism, indiferent de orice altă cauză sau orice alt eveniment care contribuie la pierderi, simultan sau în orice altă succesiune.

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

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

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

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

- x) catastrofelor naturale, epidemiilor, pandemiilor etc.

## Articolul 17. Locul comunicărilor

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

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

## Articolul 18. Alte reglementări

- 18.1 Dispozițiile prezentelor Condiții Generale se completează cu prevederile Condițiilor Particulare de asigurare și fac parte integrantă din contractul de asigurare încheiat.
- 18.2 Contractul de asigurare se încheie în România fiind supus legislației în materie din România, respectiv dispozițiilor Codului Civil, ale Legii nr. 136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, cu modificările și completările ulterioare, ale Legii nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supraveghere a asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, ale Legii 95/2006 privind asigurările de sănătate cu modificările și completările ulterioare.
- 18.3 Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către instanțele judecătorești din România, de la sediul Asigurătorului.
- 18.4 Asiguratul trebuie să facă dovada că riscul produs este acoperit prin asigurare, dacă nu se prevede altfel în Condițiile de Asigurare.
- 18.5 Asigurătorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical. Prezența asigurare nu dă dreptul Asiguratului să solicite preluarea unor costuri de către Asigurător în cazul unui prejudiciu produs ca urmare a erorilor medicale sau neglijenței.

## Condiții Particulare de Asigurare

**Asigurarea privată de sănătate Generali Corporate Care, oferă acoperire pentru următoarele riscuri, în funcție de opțiunea Contractantului:**

- a) Consultații medicale din orice cauză la cabinete medicale/clinici medicale/spitale;
- b) Consultații medicale din orice cauză la domiciliul Asiguratului;
- c) Analize medicale de laborator din orice cauză;
- d) Investigații medicale imagistice și explorări funcționale în ambulator din orice cauză;
- e) Serviciul de ambulanță din orice cauză;
- f) Proceduri chirurgicale efectuate în ambulator din orice cauză;
- g) Vaccinări din orice cauză;
- h) Control medical anual preventiv;
- i) Spitalizare continuă din orice cauză și Intervenții Chirurgicale din orice cauză;
- j) Acoperire pentru perioada gravidității;
- k) Acoperire pentru naștere;
- l) Acoperire pentru tratament dentar din orice cauză;
- m) Acoperire pentru procurarea de medicamente din orice cauză;
- n) Recuperare medicală post-spitalizare din orice cauză;
- o) Acoperire extinsă pentru boli grave din orice cauză.

### **A. Acoperirea pentru Consultații Medicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)**

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru consultații medicale din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează consultații medicale la unul din spitalele/clinicile/cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii medicale agreeți.
  2. Asiguratul poate efectua consultații medicale și în afara rețelei de prestatori de servicii medicale agreeți în următoarele situații:
    - a) urgențe medico-chirurgicale;
    - b) când este necesar un consult medical al Asiguratului la o specialitate medicală/chirurgicală care nu se regăsește în cadrul serviciilor acordate de Prestatorii de servicii medicale agreeți aflați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
    - c) când nu există Prestatori de servicii medicale agreeți în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
    - d) în situațiile în care acest lucru este explicit precizat în poliță.
  3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, Prestatorul de servicii medicale trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare (cu excepția cazurilor prevăzute la art. 2).
  4. În cazul unor urgențe medico-chirurgicale definite conform prezentelor condiții de asigurare, acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea consultațiilor medicale dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul producerii evenimentului.
  5. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
  6. Consultațiile medicale acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile aferente acoperirii de consultații medicale nu se pot raporta pentru anul următor.
  7. Pentru toate consultațiile medicale efectuate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate, precum și documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.). Toate documentele justificative relaționate consultațiilor medicale efectuate trebuie să fie prezentate Centrului de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
  8. Plata consultației medicale se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurator după cum urmează:
    - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreeate;
    - b) direct către Asigurat, în situațiile expuse la art. 2.
  9. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, în cazul în care consultația medicală a avut loc în afara rețelei de Prestatori agreeți, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
    - Declarația de daună completată de Asigurat;
    - Dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
    - Copie carte de identitate Asigurat;
    - Documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
    - Raport medical complet al consultației care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate;
    - Alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurator.
- În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asiguratorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.

10. În cazul în care consultația medicală se produce în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreeți, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze preluarea costului serviciilor medicale efectuate.
11. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art. 16).

## **B. Acoperirea pentru Consultații Medicale la Domiciliu din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)**

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru consultații medicale la domiciliu din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează consultații medicale la domiciliu. Consultațiile medicale la domiciliu vor fi efectuate de un medic din cadrul Rețelei de prestatori de servicii medicale agreeți în cazul în care starea de sănătate a Asiguratului nu permite deplasarea acestuia la un Prestator de servicii medicale.
2. Consultațiile medicale la domiciliul Asiguratului pot fi efectuate și de medici din afara Rețelei de prestatori de servicii medicale agreeți în următoarele situații:
  - a) urgențe medico-chirurgicale;
  - b) când este necesar un consult medical al Asiguratului la o specialitate medicală/chirurgicală care nu poate fi acordată de Prestatorii de servicii medicale agreeți aflați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - c) când nu există Prestatori de servicii medicale agreeți în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - d) în situațiile în care acest lucru este explicit precizat în poliță.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, Prestatorul de servicii medicale trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare (cu excepția cazurilor prevăzute la art.2).
4. În cazul unor urgențe medico-chirurgicale definite conform prezentelor condiții de asigurare, acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea consultațiilor medicale dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul producerii evenimentului.
5. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
6. Consultațiile medicale acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile aferente clauzei de consultații medicale la domiciliu nu se pot reporta pentru anul următor.
7. Pentru toate consultațiile medicale efectuate la domiciliul Asiguratului, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate, precum și documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.). Toate documentele justificative relaționate consultațiilor medicale efectuate trebuie să fie prezentate Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
8. Plata consultației medicale se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurător după cum urmează:
  - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreeate
  - b) direct către Asigurat, în situațiile expuse la art.2
9. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă consultația medicală la domiciliu a fost efectuată de către un medic din afara rețelei de Prestatori agreeți, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
  - Declarația de daună completată de Asigurat;
  - Dovada că Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - Copie carte de identitate Asigurat;
  - Documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - Raport medical complet al consultației care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate;
  - Alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
10. În cazul în care consultația medicală la domiciliu este efectuată de către un medic din afara Rețelei de Prestatori de servicii medicale agreeți, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze preluarea costului serviciilor medicale efectuate.
11. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art. 16).

## C. Acoperirea pentru Analize Medicale de Laborator din Orice Cauză (Accident Sau Îmbolnăvire)

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru analize medicale de laborator din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează analize medicale de laborator la unul din spitalele/clinicile/cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii medicale agreați, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei.
2. Asiguratul poate efectua analize medicale de laborator și în afara rețelei de prestatori de servicii medicale agreați în următoarele situații:
  - a) urgențe medico-chirurgicale;
  - b) când analizele medicale de laborator recomandate nu pot fi acordate de Prestatorii de servicii medicale agreați aflați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - c) când nu există Prestatori de servicii medicale agreați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - d) în situațiile în care acest lucru este explicit precizat în poliță.
3. Analizele medicale de laborator sunt din categoriile (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
  - Hematologie/hemostază/coagulare;
  - Biochimie (substrat/electroliți/enzime);
  - Electroforeze;
  - Imunologie umorală;
  - Imunodozaje - markeri tumorali;
  - Imunodozaje- markeri virali (infecțioși);
  - Imunodozaje markeri endocrini;
  - Microbiologie;
  - Parazitologie.
4. Pentru ca această acoperire să fie operantă, Prestatorul de servicii medicale trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare (cu excepția cazurilor prevăzute la art.2).
5. În cazul unor urgențe medico-chirurgicale definite conform prezentelor condiții de asigurare, acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea analizelor medicale dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul producerii evenimentului.
6. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
7. Analizele medicale de laborator acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile aferente analizelor medicale de laborator nu se pot reporta pentru anul următor.
8. Pentru toate analizele medicale de laborator efectuate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate, rezultatele analizelor medicale de laborator efectuate, precum și documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.). Toate documentele justificative relaționate analizelor medicale efectuate trebuie să fie prezentate Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
9. Plata analizelor medicale de laborator se va efectua de către Centrul de coordonare (sau Asigurător dacă polița prevede acest lucru în mod expres) după cum urmează:
  - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreate
  - b) direct către Asigurat, în situațiile expuse la art.2
10. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă analizele medicale de laborator medicală au fost efectuate în afara Rețelei de Prestatori agreați, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
  - Declarația de daună completată de Asigurat;
  - Dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - Copie carte de identitate Asigurat;
  - Documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - Raport medical complet al consultației care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și rezultatele analizelor de laborator efectuate;
  - Alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
11. În cazul în care analizele medicale de laborator se efectuează în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze preluarea costului serviciilor medicale efectuate.
12. Centrul de coordonare/Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar analizele medicale de laborator care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat. Totodată Centrul de coordonare/Asigurătorul nu va despăgubi analizele medicale efectuate în scop preventiv.
13. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art.16).

## D. Acoperirea pentru Investigatii Medicale Imagistice și Explorări Funcționale în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru investigații medicale imagistice și explorări funcționale în ambulator din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează investigații medicale imagistice/explorări funcționale în ambulator la unul din spitalele/clinicile/cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii medicale agreați, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei.
2. Asiguratul poate efectua investigații medicale imagistice/explorări funcționale și în afara rețelei de prestatori de servicii medicale agreați în următoarele situații:
  - a) urgențe medico-chirurgicale;
  - b) când investigațiile medicale imagistice/explorările funcționale recomandate nu pot fi acordate de Prestatorii de servicii medicale agreați aflați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - c) când nu există Prestatori de servicii medicale agreați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - d) în situațiile în care acest lucru este explicat precizat în poliță.
3. Investigații medicale imagistice sunt din categoriile (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
  - Tomografii computerizate (CT cu sau fără substanță de contrast);
  - Ecografii (toate tipurile: 2D, 3D, 4D, Doppler etc);
  - Radiografii (toate tipurile și orice incidență)
  - Rezonanța magnetică nucleară (RMN cu sau fără substanță de contrast);
  - Mamografii;
  - Endoscopii/colonoscopii/artroscopii;
  - Osteodensitometrii;
  - Arteriografii;
  - Scintigrafii/urografii/histerosalpingografii/cistografii etc.Explorările funcționale în ambulator sunt din categoriile (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
  - Electrocardiograme (EKG) de repaus și de efort cu interpretare;
  - Înregistrare holter EKG/TA cu interpretare;
  - Electroencefalograme (EEG) cu interpretare;
  - Electromiograme (EMG) cu interpretare;
  - Audiometrie/audiogramă/timpanometrie;
  - Oscilometrii;
  - Probe funcționale ventilatorii/spirometrii etc.
4. Pentru ca această acoperire să fie operantă, Prestatorul de servicii medicale trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare (cu excepția cazurilor prevăzute la art.2).
5. În cazul unor urgențe medico-chirurgicale definite conform prezentelor condiții de asigurare, acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea investigațiilor medicale imagistice/explorărilor funcționale în ambulator, dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul producerii evenimentului.
6. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
7. Investigațiile medicale imagistice/explorările funcționale acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile aferente investigațiilor medicale imagistice/explorărilor funcționale în ambulator nu se pot reporta pentru anul următor.
8. Pentru toate investigațiile medicale imagistice/explorările funcționale efectuate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate, rezultatele investigațiilor medicale imagistice/explorărilor funcționale efectuate, precum și documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.). Toate documentele justificative relaționate investigațiilor medicale efectuate trebuie să fie prezentate Asiguratului.
9. Plata investigațiilor medicale imagistice/explorărilor funcționale se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurator după cum urmează:
  - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreate;
  - b) direct către Asigurat, în situațiile expuse la art.2.
10. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă investigațiile medicale imagistice/explorările funcționale au fost efectuate în afara Rețelei de Prestatori agreați, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
  - declarația de daună completată de Asigurat;
  - dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - copie carte de identitate Asigurat;
  - documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - raport medical complet al consultației care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medical, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și rezultatele investigațiilor medicale imagistice/explorărilor funcționale efectuate;
  - alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurator.

În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.

11. În cazul în care investigațiile medicale imagistice/explorările funcționale se efectuează în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze preluarea costului serviciilor medicale efectuate.
12. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi investigațiile medicale imagistice/explorările funcționale care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat. Totodată Centrul de coordonare/Asigurătorul nu va despăgubi investigațiile medicale imagistice/explorările funcționale efectuate în scop preventiv.
13. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art.16).

## **E. Acoperirea pentru Serviciul de Ambulanță din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)**

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru serviciul de ambulanță din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul necesită servicii de ambulanță.
2. Asiguratul poate beneficia de serviciul de ambulanță acordat și de Prestatori de servicii medicale din afara Rețelei agreate în următoarele situații:
  - a) urgențe medico-chirurgicale;
  - b) când serviciul de ambulanță nu poate fi acordat de Prestatorii de servicii medicale agreați aflați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - c) când nu există Prestatori de servicii medicale agreați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - d) în situațiile în care acest lucru este explicit precizat în poliță.
3. În cazul unor urgențe medico-chirurgicale definite conform prezentelor condiții de asigurare, acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea transportului cu ambulanța dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul producerii evenimentului.
4. Transportul cu ambulanța se va efectua de la locul accidentului sau de la locul în care se află Asiguratul care reclamă probleme urgente de sănătate, care îl împiedică să se deplaseze singur sau cu un mijloc de transport în comun sau particular, la cel mai apropiat Spital/unitate medicală care face parte din Rețeaua de prestatori de servicii medicale agreată și abilitată în acordarea primului ajutor sau de la aceasta la un alt spital/clinică specializată, cu acordul prealabil al Centrului de Coordonare, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament.
5. În cazul în care transportul cu Ambulanța de la prima unitate medicală către o altă unitate medicală este solicitat de către Asigurat fără ca acest lucru să fie absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament, acest transport nu va fi acoperit.
6. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
7. Plata transportului cu ambulanța se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurător după cum urmează:
  - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreate
  - b) direct către Asigurat, în situațiile expuse la art.2
8. Transporturile cu ambulanța acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile aferente transporturilor cu ambulanța nu se pot reporta pentru anul următor.
9. Pentru decontarea de către Centrul de coordonare/Asigurător a transportului cu ambulanța efectuat, Prestatorul de servicii medicale/Asiguratul trebuie să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) fișa de solicitare emisă de serviciul de ambulanță precum și a facturii fiscale în original. Centrul de coordonare/Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente: Raport medical complet care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, motivul solicitării transportului cu ambulanța, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate, rezultatele investigațiilor medicale efectuate, dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului, precum și orice alte documente justificative. În situația în care Prestatorul de servicii medicale/Asiguratul nu prezintă aceste documente, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
10. În cazul în care transportul cu ambulanța se efectuează în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze preluarea costului serviciului de ambulanță.
11. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art.16).

## **F. Acoperirea pentru Proceduri Chirurgicale efectuate în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)**

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru proceduri chirurgicale efectuate în ambulator din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează proceduri chirurgicale în ambulator la

- unul din spitalele/clinicile/cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii medicale agreeți, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei.
2. Asiguratul poate efectua proceduri chirurgicale în ambulator și în afara rețelei de prestatori de servicii medicale agreeți în următoarele situații:
    - a) urgențe medico-chirurgicale;
    - b) când procedurile chirurgicale în ambulator recomandate nu pot fi acordate de Prestatorii de servicii medicale agreeți aflați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
    - c) când nu există Prestatori de servicii medicale agreeți în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
    - d) în situațiile în care acest lucru este explicit precizat în poliță.
  3. Procedurile chirurgicale în ambulator sunt din categoriile (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
    - Puncții (puncție sinusală/osoasă/medulară/pleurală etc);
    - Biopsii;
    - Extracții de corpi străini;
    - Suturi de plăgi și microchirurgia traumatismelor;
    - Electrochirurgia/electrocauterizarea/cauterizarea tumorilor cutanate/leziunilor;
    - Polipectomii;
    - Toalete chirurgicale;
    - Terapii chirurgicale în ambulator (a abceselor, a arsurilor termice <10%, a flegmoanelor, a hematoamelor, a panarițului etc.)
    - Infiltrații, injectări de medicamente etc
  4. Pentru ca această acoperire să fie operantă, Prestatorul de servicii medicale trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare (cu excepția cazurilor prevăzute la art.2).
  5. În cazul unor urgențe medico-chirurgicale definite conform prezentelor condiții de asigurare, acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea procedurilor chirurgicale în ambulator, dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul producerii evenimentului.
  6. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
  7. Procedurile chirurgicale în ambulator acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile proceduri chirurgicale în ambulator nu se pot reporta pentru anul următor. În situația în care Polița de asigurare nu prevede altfel, numărul maxim de proceduri chirurgicale care se pot efectua într-un an de asigurare este 5 iar suma maximă pe care Centrul de coordonare/Asigurătorul o poate acoperi este de 500 lei/procedură.
  8. Pentru toate procedurile chirurgicale în ambulator efectuate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate, rezultatele acestora, procedurile chirurgicale efectuate precum și documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.). Toate documentele justificative relaționate procedurilor chirurgicale efectuate trebuie să fie prezentate Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
  9. Plata procedurilor chirurgicale prestate se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurător după cum urmează:
    - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreeate;
    - b) direct către Asigurat, în situațiile expuse la art.2.
  10. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă procedurile chirurgicale au fost efectuate în afara Rețelei de Prestatori agreeți, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
    - declarația de daună completată de Asigurat;
    - dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
    - copie carte de identitate Asigurat;
    - documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
    - raport medical complet al consultației care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și rezultatele acestora;
    - protocolul procedurii chirurgicale efectuate;
    - alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.

În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
  11. În cazul în care procedurile chirurgicale în ambulator se efectuează în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreeți, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze preluarea costului procedurilor efectuate.
  12. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar procedurile chirurgicale în ambulator care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat.
  13. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art.16).

## G. Acoperirea pentru Vaccinări

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare de Vaccinări, alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei de Prestatori de servicii medicale sau din afara acesteia trebuie să efectueze o vaccinare. Această acoperire este operantă și dacă vaccinarea este recomandată în scop preventiv de către un medic.
2. Vaccinarea este o metodă de imunizare activă profilactică împotriva unor boli, prin inocularea unui vaccin. Vaccinurile sunt preparate biologice dotate cu proprietăți antigenice, care declanșează apariția răspunsului imun la organismele supuse vaccinării.
3. Se acoperă doar manopera de efectuare a vaccinului. Nu se acoperă achiziționarea vaccinului/ substantei active.
4. Numărul maxim de vaccinări la care are dreptul Asiguratul într-un an de asigurare este specificat în Polița de asigurare. În cazul în care Asiguratul depășește numărul maxim de vaccinări specificat în Polița de asigurare, Contractantul/Asiguratul are obligația de a achita integral contravaloarea acestora către Prestatorul de Servicii medicale. Numărul maxim de vaccinări se calculează pe durata unui an de asigurare și nu se pot reporta pentru anul următor.
5. Plată va putea fi efectuată doar după prezentarea Raportului medical complet și a documentelor justificative de decontare (facturi, chitanțe, bonuri, etc) emise de către Prestatorul de servicii medicale, pentru respectivul Asigurat. Documentele justificative de decontare vor fi prezentate Centrului de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) în original.

## H. Acoperirea pentru Control Medical Anual Preventiv

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul solicită sau primește o recomandare scrisă din partea unui medic să efectueze un control anual preventiv. Controlul medical anual preventiv constă în următoarele investigații, la alegere din următoarele pachete:

### Pachet 1:

Consultație medic generalist (1 consultație/an de asigurare) în urma căreia va fi eliberat un raport Medical tip, parafat, datat și semnat de către medicul examinator;

Investigații medicale conform listei de mai jos:

- Hemograma;
- Glicemie;
- Colesterol Total.
- HDL-Colesterol;
- Trigliceride;
- Creatinina serică;
- VSH;
- Sumar de urină;
- Enzime hepatice (GOT; GPT).

### Pachet 2:

- Hemoleucogramă;
  - VSH;
  - Glicemie;
  - TGO, TGP;
  - Creatinină serică;
  - Exsudat faringian;
  - Examen coproparazitologic;
  - Sumar de urină.
2. De asemenea, Contractantul poate opta pentru un pachet suplimentar de screening al cancerului anual, cu următoarele investigații:
    - a) Pentru cancerul de sân: 1 mamografie/ecografie mamară pentru femeile peste 45 de ani anual
    - b) Pentru cancerul de col uterin: 1 examen ginecologic anual + PAP smear.
    - c) Pentru cancerul de colon: 1 tușeu rectal anual + testul hemocult, la persoanele peste 50 de ani.
    - d) Pentru cancerul de prostată: examen urologic anual la bărbații peste 50 de ani.
  3. Pentru controlul medical anual preventiv efectuat, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatele controlului preventiv, și documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.). Toate documentele justificative relaționate procedurilor chirurgicale efectuate trebuie să fie prezentate Centrului de coordonare (sau Asiguratorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
  4. Plata controlului medical anual preventiv se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurator după cum urmează:
    - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreate;
    - b) direct către Asigurat, în situația în care controlul medical anual preventiv a fost efectuat în afara rețelei de prestatori agreați.

5. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă controlul medical anual preventiv a fost efectuat în afara Rețelei de Prestatori agreați, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
- declarația de daună completată de Asigurat;
  - dovada că Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - copie carte de identitate Asigurat;
  - documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - raport medical complet al consultației care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și rezultatele acestora;
  - alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.
- În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
6. În cazul în care controlul medical anual preventiv se efectuează în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze preluarea costului procedurilor efectuate.

## I. Acoperirea pentru Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

### Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul este internat într-un Spital pentru o perioadă de cel puțin 2 zile, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei de Prestatori de servicii medicale. Centrul de coordonare/Asigurătorul va achita, în limitele menționate în polița de asigurare, costurile cu serviciile medicale aferente spitalizării, respectiv:
  - cazarea asiguratului (și a însoțitorului când asiguratul este minor), mesele, consultațiile medicale, investigațiile medicale, intervențiile chirurgicale, medicamentele și consumabilele furnizate în regim de spitalizare.
2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, spitalizarea trebuie să se efectueze cu acceptul Centrului de coordonare și la recomandarea scrisă a Prestatorului de servicii medicale. Nu se acoperă spitalizarea decât în condițiile notificării prealabile a Centrului de Coordonare, cu excepția cazului în care Asiguratul a fost internat pentru o urgență medico-chirurgicală, caz în care va anunța Centrul de Coordonare în termen de 48 h de la momentul internării și va prezenta ulterior Asigurătorului documentele medicale în original care să ateste existența urgenței (fișa de ambulanță, fișa UPU sau de la Camera de Gardă, Raport medical complet, rezultatele investigațiilor efectuate etc).
3. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin Spitalizare se înțelege forma de internare într-o secție/compartiment dintr-o unitate medicală acreditată, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru afecțiunile acute și urmările unui Accident sau îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată, pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv, cu întocmirea FOCG (Foii de Observație Clinică Generală). Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă. Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:
  - unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
  - unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
  - unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale;
  - instituțiile de nursing - sau de îngrijiri medicale la domiciliu;
  - sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie/recuperare medicală;
  - instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
  - centre de medicină complementară/medicină alternativă/centre wellness etc.
4. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin Intervenție chirurgicală se înțelege procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
  - se realizează în concordanță cu standardele și normele recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
  - este practicată într-o secție chirurgicală a unui spital conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
  - presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
5. Asiguratul se poate spitaliza sau poate efectua intervenția chirurgicală și în afara Rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați în următoarele situații:
  - a) urgențe medico-chirurgicale;
  - b) când spitalizarea/intervenția chirurgicală nu poate fi acordată de Prestatorii de servicii medicale agreați aflați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - c) când nu există Prestatori de servicii medicale agreați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - d) în situațiile în care acest lucru este explicit precizat în poliță.

În situația în care spitalizarea/intervenția chirurgicală este efectuată în afara rețelei, Centrul de coordonare/Asigurătorul va achita costurile după cum urmează:

- integral, prin decontare ulterioară, în limitele menționate în polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un Prestator de servicii medicale privat;
  - sub forma de indemnizație de asigurare pentru spitalizare, în limitele menționate în polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un furnizor public de servicii medicale (Spital de Stat).  
În cazul furnizorilor publici, decontarea costului intervenției chirurgicale se poate acorda doar pe baza documentelor justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.) emise pe numele asiguratului. În cazul în care documentele justificative de decontare nu există, contravaloarea intervenției chirurgicale nu poate fi acoperită.
6. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
  7. Spitalizarea/Intervențiile chirurgicale acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile aferente Spitalizării/Intervențiilor chirurgicale sunt calculate per an de asigurare și nu se pot reporta pentru anul următor.
  8. În cazul în care în Polița de asigurare nu se prevede altfel, numărul maxim de spitalizări/intervenții chirurgicale la care are dreptul un Asigurat într-un an de asigurare este de 5.
  9. Pentru toate spitalizările/intervențiile chirurgicale efectuate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și efectuate, rezultatele analizelor medicale de laborator, protocolul operator al intervenției chirurgicale efectuate precum și documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.). Toate documentele justificative relaționate cu spitalizările/intervențiile chirurgicale efectuate trebuie să fie prezentate Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
  10. Plata spitalizării/intervențiilor chirurgicale se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurător după cum urmează:
    - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul Rețelei agreate
    - b) direct către Asigurat, în situațiile expuse la art.5
  11. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la acoperirea prin asigurare, Asiguratul/Prestatorul de servicii medicale este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
    - declarația de daună completată de Asigurat;
    - dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
    - copie carte de identitate Asigurat;
    - documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
    - raport medical complet care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și rezultatele investigațiilor efectuate;
    - FOCG (Foaia de Observație Clinică Generală);
    - biletul de externare din spital;
    - alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.

În situația în care Asiguratul/Prestatorul de servicii medicale nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze preluarea costului serviciilor medicale prestate.
  12. În cazul în care spitalizarea/intervențiile chirurgicale se efectuează în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
  13. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art. 16). Sunt excluse, de asemenea, următoarele:
    - a) în primele 3 luni de la includerea în asigurare a asiguratului respectiv, sunt excluse orice tipuri de intervenții chirurgicale ca urmare a unei îmbolnăviri (există o perioadă de așteptare de 3 luni la boală);
    - b) intervențiile chirurgicale pentru corectarea tulburărilor de refracție a ochilor și/sau a acuității acustice, cu excepția celor care sunt urmarea unui accident petrecut în perioada asigurată;
    - c) tratamentul/chirurgia dentară;
    - d) spitalizarea de o zi.

## J. Acoperirea pentru Perioada Gravidității

### Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Graviditate, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Graviditatea reprezintă starea în care se află persoana asigurată între momentul fertilizării și cel al nașterii, perioada în care embrionul și apoi fătul se dezvoltă în uterul matern.
2. În cazul în care persoana asigurată se va afla în starea de graviditate pe durata valabilității poliței de asigurare și va necesita anumite servicii medicale (consultații medicale, ecografii, analize de laborator etc), atunci Asigurătorul va acoperi costurile respectivelor servicii medicale, pe baza documentelor justificative.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, asigurata trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare și să existe recomandarea scrisă a Prestatorului de servicii medicale.
4. În cazul unor urgențe medico-chirurgicale definite conform prezentelor condiții de asigurare, acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea serviciilor medicale, dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul acordării acestora.

5. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
6. Pentru această acoperire serviciile medicale acoperite sunt precizate în polița de asigurare. Acoperirile menționate în polița se acordă o singură dată per Eveniment în cazul producerii riscului asigurat, respectiv a stării de graviditate. În situația în care nu se prevede altfel în Polița de asigurare, valoarea maximă a acoperirilor menționate în Poliță, dacă nu a fost consumată, se poate reporta pentru anul următor în situația în care starea de graviditate nu a încetat.
7. Serviciile medicale acoperite nu pot depăși în nici un caz valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță.
8. Plata indemnizației de asigurare/costurilor serviciilor medicale se va efectua de către Centrul de coordonare/Asigurător după cum urmează:
  - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreate de către Centrul de Coordonare și Asigurător;
  - b) direct către Asigurat, în situația în care acesta s-a aflat în imposibilitatea dovedită de a accesa un Prestator de servicii medicale din cadrul rețelei agreate.
9. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la decontarea serviciilor medicale acordate în afara rețelei de Prestatori agreați, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
  - declarația de daună completată de Asigurat;
  - dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - copie carte de identitate Asigurat;
  - documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - documentele medicale (copii conforme cu originalul) în baza cărora au fost întocmite documentele justificative de decontare (rezultate investigații medicale, rapoarte medicale, bilete de ieșire din spital, copii după foile de observație clinică generală etc.);
  - alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.
 În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
10. În cazul în care serviciile medicale au fost acordate de către un Prestator de servicii medicale din afara rețelei agreate, termenul de notificare către Centrul de coordonare/Asigurător este de maxim 30 de zile de la data acordării acestor servicii. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze decontarea serviciilor medicale.
11. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art. 16).
12. Acoperirea nu se poate acorda în cazul în care Asigurata a necesitat acordarea de servicii medicale în primele nouă luni de la data includerii în asigurare. În cazul în care contractul de asigurare este reînnoit anual fără întrerupere, această perioadă de așteptare de 9 luni se aplică doar o singură dată.

## **K. Acoperirea pentru Naștere**

### **Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru naștere, alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Nașterea reprezintă actul fiziologic prin care fătul, ajuns în stadiul de maturitate, este expulzat sau extras din cavitatea uterină.
2. În cazul în care persoana asigurată va naște pe durata valabilității poliței de asigurare, într-un Spital din cadrul Rețelei de prestatori privați de servicii medicale sau în cadrul unui Prestator de servicii medicale neinclus în Rețeaua de prestatori agreați de către Centrul de coordonare și Asigurător, atunci Centrul de coordonare/Asigurătorul va oferi o indemnizație de asigurare pe baza documentelor medicale justificative emise în original.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, asigurata trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare și să existe recomandarea scrisă a Prestatorului de servicii medicale.
4. În cazul unor urgențe medico-chirurgicale definite conform prezentelor condiții de asigurare, acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea procedurilor medicale aferente nașterii, dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul producerii evenimentului.
5. Nașterea a doi sau mai mulți copii (gemeni, tripleți etc) este considerată un singur eveniment asigurat pentru care se va acorda o singură indemnizație pentru naștere.
6. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
7. Pentru această acoperire valoarea indemnizației de asigurare este stabilită în polița de asigurare. Indemnizația de asigurare este fixă și se acordă o singură dată per an de asigurare în cazul producerii riscului asigurat, respectiv nașterea. Indemnizația cuprinde costurile totale aferente nașterii: cazare asigurat, mese, consumabile aferente nașterii, procedurile medicale efectuate, asistență medicală, serviciile acordate de medicul curant, costul intervenției chirurgicale (dacă s-a efectuat), medicația acordată în timpul spitalizării pentru naștere, cazare însoțitor (doar dacă asiguratul este minor) etc.
8. Indemnizația de asigurare aferentă nașterii nu poate depăși în nici un caz valoarea menționată în polița de asigurare pentru această acoperire. În cazul în care cheltuielile aferente nașterii specificate la art.7, depășesc valoarea indemnizației specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale suma ce depășește limita prevăzută în Poliță.

9. Plata indemnizației de asigurare se va efectua direct către Asigurat după cum urmează:
- Valoarea totală a indemnizației de asigurare specificată în polița de asigurare, în cazul în care nașterea s-a produs într-un Spital din cadrul Rețelei de prestatori privați de servicii medicale agreați sau în cadrul unui Prestator de servicii medicale privat neinclus în Rețeaua de prestatori agreați;
  - Jumătate din valoarea indemnizației de asigurare specificată în polița de asigurare în cazul în care nașterea s-a produs într-un Spital de Stat (furnizor public de servicii de sănătate).
10. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă nașterea a avut loc în afara rețelei de Prestatori, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
- declarația de daună completată de Asigurat;
  - dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - copie carte de identitate Asigurat;
  - documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - documentele medicale (copii conforme cu originalul) în baza cărora au fost întocmite documentele justificative de decontare (rezultate investigații medicale, rapoarte medicale, bilete de ieșire din spital, copii după foile de observație clinică generală etc.);
  - certificat de naștere copil și bilet de externare al copilului;
  - alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.
- În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
11. În cazul în care nașterea se produce într-un Spital din afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat, respectiv nașterii. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a înlăturării prejudiciului și are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
12. Indemnizația de asigurare nu se poate acorda în următoarele cazuri:
- a) În primele nouă luni de la data includerii în asigurare a Asiguratei respective. În cazul în care contractul de asigurare este reînnoit anual fără întrerupere, această perioadă de așteptare de 9 luni se aplică doar o singură dată;
  - b) În cazul unui avort (la cerere sau ca urmare a recomandării medicale, în scop terapeutic);
  - c) În cazul în care nașterea nu a avut loc într-un Spital.

## **L. Acoperirea pentru Tratament Dentar din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)**

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru tratament dentar din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a unei afecțiuni de natură stomatologică (accident sau îmbolnăvire) apărută în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, Asiguratul este obligat să suporte o serie de proceduri medicale stomatologice.
2. Asiguratul poate efectua tratamentul dentar și în afara Rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați.
3. Cheltuielile stomatologice sunt prevăzute în polița de asigurare. În cazul în care nu se prevede altfel în poliță, tratamentele dentare acoperite sunt următoarele (lista este ilustrativă nu exhaustivă):
  - Urgențe stomatologice, respectiv: urgențe iatrogenice: hemoragie post-extracțională (sutura) sau alveolită post-extracțională (tratament); urgențe odontale: pulpite, parodontite; tratamentul supurațiilor periosoase (abces vestibular/palatal, paradontal); urgențe chirurgicale (abcese, rezecții apicale, extracții);
  - Examinări dentare;
  - Radiografii dentare;
  - Obturații de suprafață/de canal.
4. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
5. Procedurile medicale stomatologice vor fi acoperite în ordinea efectuării lor, până la atingerea limitei precizate în Polița de asigurare. Costurile totale ale procedurilor medicale stomatologice acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/ valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile aferente tratamentului dentar sunt calculate per an de asigurare și nu se pot reporta pentru anul următor.
6. Plata analizelor medicale de laborator se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurător după cum urmează:
  - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul Rețelei agreate;
  - b) direct către Asigurat, în cazul în care tratamentul dentar a fost efectuat în afara Rețelei de Prestatori agreați.
7. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la acoperirea prin asigurare, Asiguratul/Prestatorul de servicii medicale este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres), în original, următoarele documente:
  - declarația de daună completată de Asigurat;
  - dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - copie carte de identitate Asigurat;
  - documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - raport medical complet care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și al recomandărilor/investigațiilor medicale/tratamentelor dentare efectuate;

- alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.
- În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
8. În cazul în care tratamentul dentar se efectuează în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
  9. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art. 16). Sunt excluse, de asemenea, următoarele:
    - a) afecțiunile congenitale sau anomaliiile dentare de număr (hipodontia, agenezia dentară, oligo/ano/hiperdontia), de volum (micro-/macrodontia, anomalii ale rădăcinilor dentare), de formă (fuziunea dentară, gemația, taurodontia, dilacerarea), de structură (hipoplazia de smalț/dentinară, discromiile dentare, amelogeneza imperfectă etc.);
    - b) protezele dentare, ceramică dentară, implantul dentar, cosmetică dentară, cu excepția celor recomandate expres de către Prestatorul de servicii medicale ca urmare a consecințelor unui Accident petrecut în perioada asigurată;
    - c) toate procedurile medicale stomatologice realizate în scopuri preventive sau estetice (periaj, detartraj, albirea dinților etc).

## **M. Acoperirea pentru Procurarea de Medicamente din Orice Cază (Accident sau Îmbolnăvire)**

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru procurarea de medicamente din orice caz (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. În cazul în care, ca urmare a unui Eveniment asigurat (accident sau îmbolnăvire) suferite în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul necesită procurarea de medicamente, administrarea de medicamente sau alte materiale necesare administrării tratamentului (cu titlu de exemplu: branule, seringi) în vederea tratării consecințelor Evenimentului asigurat, atunci Asigurătorul va acoperi costurile medicației în limitele sumei asigurate prevăzute în Polița de asigurare.
2. Prin medicament se înțelege orice substanță sau combinație de substanțe care poate fi folosită sau administrată la om, fie pentru restabilirea, corectarea sau modificarea funcțiilor fiziologice prin exercitarea unei acțiuni farmacologice, imunologice sau metabolice, fie pentru stabilirea unui diagnostic medical. Medicamentul trebuie să fie omologat de Ministerul Sănătății și să se regăsească pe listele Agenției Naționale a Medicamentului din România.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, medicamentele trebuie să fie achiziționate doar în urma recomandării scrise a Prestatorului de servicii medicale, respectiv în baza unei rețete medicale care trebuie să fie datată, parafată și semnată de către medicul curant din cadrul Rețelei de Servicii de sănătate/din afara acesteia, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță. Rețetele medicale pot fi eliberate doar în cadrul numărului de consultații medicale stabilite în Polița de asigurare și în baza Raportului medical aferent consultației. În cazul în care Asiguratul depășește limita maximă a consultațiilor medicale înscrise în Polița de asigurare, Contractantul/Asiguratul are obligația de a achita integral contravaloarea medicamentelor prescrise de către Prestatorul de servicii medicale.
4. În cazul în care Asiguratul depășește plafonul maxim specificat în Polița de asigurare, Contractantul/Asiguratul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale suma ce depășește limita prevăzută în Poliță.
5. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la acoperirea costurilor medicației, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
  - Declarația de daună completată de Asigurat;
  - Dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - Copie carte de identitate Asigurat;
  - Documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - Raport medical complet al consultației care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și medicația recomandată (denumire, doze, durata tratamentului);
  - Alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.

În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
6. Pentru toate rețetele medicale eliberate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită Rapoarte medicale complete, care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate.
7. Prin prezenta acoperire nu se oferă acoperire pentru medicamentele care sunt oferite gratuit conform Listelor de Medicamente Gratuite elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele compensate, în care există contribuție personală din partea Asiguratului într-un anumit procent, se va despăgubi doar contravaloarea contribuției Asiguratului conform limitelor menționate la pct. 4 din prezentele condiții de asigurare.
8. Termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii evenimentului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii evenimentului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze costurile medicației.
9. Centrul de coordonare/Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar medicamentele care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat și cu diagnosticul medical enunțat de medicul curant.
10. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art. 16). Sunt excluse, de asemenea, următoarele:

- a) tratamente/rețete homeopate, naturiste, suplimente alimentare, de medicină alternativă sau orice alte medicamente neomologate de Ministerul Sănătății;
  - b) medicamente pentru care nu există recomandarea scrisă a Prestatorului de servicii medicale și/sau documente justificative de decontare (rețete, facturi, bonuri etc.);
  - c) medicamente care nu au fost recomandate ca urmare a unui accident/îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată;
  - d) medicamente recomandate în scop preventiv;
  - e) produse cosmetice și de igienă, chiar dacă acestea sunt recomandate de către un medic, cu excepția celor care se regăsesc în lista de medicamente a ANM (Agenției Naționale a Medicamentului).
11. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din costul medicamentelor, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.

## **N. Acoperirea pentru Recuperare Medicală Post-spitalizare din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)**

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru serviciul de recuperare medicală specializată post-spitalizare din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează proceduri de recuperare medicală specializată imediat după o perioadă de Spitalizare continuă (post-spitalizare) la unul din spitalele/clinicile/cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii medicale agreați, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei. Pentru ca această acoperire să fie operantă, perioada de spitalizare continuă trebuie să fie de cel puțin 3 zile.
2. Asiguratul poate efectua procedurile de recuperare medicală și în afara rețelei de prestatori de servicii medicale agreați în următoarele situații:
  - a) când procedurile de recuperare medicală recomandate nu pot fi acordate de Prestatorii de servicii medicale agreați aflați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - b) când nu există Prestatori de servicii medicale agreați în localitatea de domiciliu/rezidență a Asiguratului;
  - c) în situațiile în care acest lucru este explicit precizat în poliță.
3. Procedurile de recuperare medicală specializată post-spitalizare sunt din categoriile (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
  - Fiziokinetoterapie;
  - Electroterapie;
  - Balneofizioterapie;
  - Gimnastică medicală.
4. Pentru ca această acoperire să fie operantă, Prestatorul de servicii medicale trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare (cu excepția cazurilor prevăzute la art.2).
5. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există. Cheltuielile cu recuperarea medicală specializată post-spitalizare acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/valorile aferente procedurilor de tratament recuperator nu se pot reporta pentru anul următor. În cazul în care în polița de asigurare nu se prevede altfel, numărul maxim de ședințe de recuperare specializată într-un an de asigurare este de 30/persoană.
6. Pentru toate serviciile de recuperare medicală specializată efectuate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate, rezultatele serviciilor de recuperare medicală efectuate, precum și documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.). Toate documentele justificative relaționate analizelor medicale efectuate trebuie să fie prezentate Asigurătorului.
7. Plata serviciilor de recuperare medicală se va efectua de către Centrul de Coordonare/Asigurător după cum urmează:
  - a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreate
  - b) direct către Asigurat, în situațiile expuse la art.2
8. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă serviciile de recuperare medicală au fost efectuate în afara Rețelei de Prestatori agreați, Asiguratul este obligat să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres) următoarele documente:
  - Declarația de daună completată de Asigurat;
  - Dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - Copie carte de identitate Asigurat;
  - Documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
  - Raport medical complet al consultației care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medical, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și fișa completă de tratament recuperator cu toate ședințele efectuate;
  - Alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.

În situația în care Asiguratul nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.

9. În cazul în care serviciile de recuperare medicală specializată se efectuează în afara rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați, termenul de notificare este de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.
10. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar serviciile de recuperare medicală specializată care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat. Totodată Centrul de coordonare/Asigurătorul nu va despăgubi procedurile de recuperare medicală efectuate în scop preventiv sau la cererea Asiguratului.

În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art. 16).

## **O. Acoperirea Extinsă pentru Boli Grave din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)**

**Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii de boli grave din orice cauză (accident sau îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.**

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident/îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul este diagnosticat pentru prima oară în perioada asigurată cu o boală gravă și ca urmare a diagnosticării este internat într-un Spital sau suferă o Intervenție chirurgicală la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei de Prestatori de servicii medicale.
2. În situația în care Contractantul a achiziționat și riscul de spitalizare și intervenții chirurgicale, prezenta acoperire este oferită suplimentar acesteia. Astfel, în situația în care Asiguratul a fost diagnosticat cu o boală gravă și a consumat integral suma asigurată aferentă acoperirii de spitalizare și intervenții chirurgicale din orice cauză, Asigurătorul va achita, costurile pentru spitalizări și intervenții chirurgicale în limitele menționate în polița de asigurare pentru această acoperire, respectiv costurile cu:
  - cazarea asiguratului (și a însoțitorului când asiguratul este minor), mesele, consultațiile medicale, investigațiile medicale, intervențiile chirurgicale, medicamentele și consumabilele furnizate în regim de spitalizare
3. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin Spitalizare se înțelege forma de internare într-o secție/compartiment dintr-o unitate medicală acreditată, prin care se asigură asistență medicală (curativă) pentru afecțiunile acute și urmările unui Accident sau îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată, pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv, cu întocmirea FOCG (Foii de Observație Clinică Generală). Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă.  
Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:
  - Unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
  - Unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
  - Unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale;
  - Instituțiile de nursing sau de îngrijiri medicale la domiciliu;
  - Sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie/recuperare medicală;
  - Centre de medicină complementară/medicina alternativă/centre wellness etc.
4. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin Intervenție chirurgicală se înțelege procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
  - Se realizează în concordanță cu standardele și normele recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
  - Este practică într-o secție chirurgicală a unui spital conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
  - Presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
5. Asiguratul se poate spitaliza sau poate efectua intervenția chirurgicală la un Prestator din cadrul Rețelei sau din afara acesteia. Costurile aferente acestei acoperiri vor fi decontate de către Asigurător doar ulterior prestării serviciilor medicale prin deschiderea unui dosar de dăuna.
6. În situația în care spitalizarea/intervenția chirurgicală este efectuată în afara rețelei, Asigurătorul va achita costurile după cum urmează:
  - integral, prin decontare ulterioară, în limitele menționate în polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un Prestator de servicii medicale privat;
  - sub forma de indemnizație de asigurare pentru fiecare zi de spitalizare, în limitele menționate în polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un furnizor public de servicii medicale (Spital de Stat). În cazul furnizorilor publici, decontarea costului intervenției chirurgicale se poate acorda doar pe baza documentelor justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.) emise pe numele asiguratului. În cazul în care Asiguratul nu a achitat contravaloarea intervenției chirurgicale sau nu poate face dovada achitării cu documentele justificative de decontare costul intervenției chirurgicale nu va putea fi acoperit.
7. Asiguratul/Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/franșiza nu există.
8. Spitalizarea/Intervențiile chirurgicale acoperite nu pot depăși în nici un caz numărul/valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratorul va plăti parțial costurile/indemnizația până la limitele specificate în poliță. Numărul/valorile aferente Spitalizării/Intervențiilor chirurgicale sunt calculate per eveniment asigurat.
9. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la acoperirea prin asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente:
  - declarația de daună completată de Asigurat;
  - dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului;
  - copie carte de identitate Asigurat;

- documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
- raport medical complet care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate și rezultatele investigațiilor efectuate;
- FOCG (Foaia de Observație Clinică Generală);
- biletul de externare din spital;
- alte documente solicitate de Centrul de coordonare/Asigurător.

În situația în care Asiguratul/Prestatorul de servicii medicale nu prezintă aceste documente, Centrul de coordonare/Asigurătorul are dreptul să refuze preluarea costului serviciilor medicale prestate.

10. Termenul de notificare al evenimentului asigurat este de maxim 30 de zile de la data producerii acestuia. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Centrul de coordonare/Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.

11. În situația în care nu se precizează altfel în polița de asigurare, pentru plata această acoperire sunt valabile toate excluderile menționate în cadrul Condițiilor generale de asigurare (art. 16).

12. Pentru această acoperire există o perioadă de așteptare de 6 luni de la data de includere în asigurare a fiecărui Asigurat, perioada în care, chiar dacă Asiguratul a fost diagnosticat cu o boală gravă, Asigurătorul nu va prelua costurile serviciilor medicale efectuate.

13. Această acoperire se oferă o singură dată per eveniment asigurat și se poate reporta pentru anul următor de asigurare până la limita prevăzută în polița pentru acest risc.

14. Bolile grave diagnosticate înaintea includerii în asigurare a persoanei respective sunt considerate pre-existente și nu pot fi acoperite.

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

16. În cadrul prezentei acoperiri sunt cuprinse următoarele boli/afecțiuni:

16.1 **Cancer** - Afecțiune medicală care constă în prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, inclusiv leucemia, limfoame și boala Hodgkin, caracterizată de înmulțirea necontrolată a celulelor maligne diagnosticată de către un medic specialist oncolog sau anatomopatolog. Această categorie va include și metastazarea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului normal diagnosticată ca atare de către un medic specialist oncolog sau anatomopatolog. Pentru plata indemnizației de asigurare este obligatorie confirmarea diagnosticului prin efectuarea examenului histopatologic.

Următoarele tipuri de afecțiuni maligne nu sunt acoperite, respectiv:

- Tumori reprezentând modificări maligne de tip carcinom în situ (inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3) precum și carcinoamele cu stadiul T1a conform clasificării internaționale în vigoare TNM, American Joint Comitee on Cancer sau tumori a căror descriere histologică este de tip premalign;
- Melanoame cu grosime determinată prin examen histologic mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark;
- Toate hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii;
- Toate carcinoamele scuamocelulare ale pielii, cu excepția situației în care invazia s-a extins către alte organe;
- Sarcom Kaposi și alte carcinoame asociate infecției HIV;
- Tumorile de prostată cu stadiul sub T2N0M0 conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Comitee on Cancer.

16.2 **Scleroza multiplă** - boală caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau măduva spinării și manifestată prin paralizie parțială sau totală, parestezii și/sau nevrită optică sau alte manifestări tipice ale bolii. Este caracterizată prin episoade de remisie și exacerbare. Diagnosticul este stabilit pe baza istoricului medical, pe analiza lichidului cefalorahidian și pe prezența a mai mult de un simptom neurologic bine definit, cu deteriorări funcționale neuroase manifestate pe o durată mai mare de 6 luni și care trebuie confirmată cu tehnici de investigație modernă ca tomografie, rezonanță magnetică nucleară. Manifestările neurologice constau în simptome tipice de demielinizare a creierului, nervului optic și/sau măduvei spinării.

Pentru acordarea indemnizației trebuie îndeplinite cumulativ următoarele 2 criterii:

- evidența prin imagistica medicală (CT/RMN) a unor multiple afectări tisulare cicatrizate în diferite arii ale sistemului nervos central;
- cel puțin 2 episoade diferite de acutizări sau atacuri separate între ele de perioade minime de 24 ore.

Atacurile neurologice izolate ca și episoadele neurologice izolate cu o durată mai mică de 24 de ore și/sau fără deteriorarea funcțiilor pe o perioadă mai mică de 6 luni sunt excluse.

16.3 **Insuficiență renală cronică (stadiul de uremie)** - Ultimul stadiu al unei suferințe renale care constă

În afectarea cronică, ireversibilă a funcției ambilor rinichi și care impune dializa renală regulată, cel puțin o dată pe săptămână, sau realizarea transplantului de rinichi. Nu se va plăti indemnizația pentru Boală Gravă în următoarele situații:

- hemodializa în insuficiența renală acută sau orice caz de hemodializă temporară;
- insuficiența unui singur rinichi;
- afecțiunea Asiguratului diagnosticat cu SIDA sau purtător de HIV.

16.4 **Infarct miocardic acut** - Necroza unei porțiuni a mușchiului cardiac ca rezultat al blocării circulației în una sau mai multe artere coronare, consecința unei întreruperi subite a fluxului circulator sau irigării insuficiențe a teritoriului cardiac respectiv. Diagnosticul trebuie să se bazeze pe toate cele trei criterii enumerate mai jos, fără excepție:

- istoricul tipului de durere cardiacă;
- modificări recente ale electrocardiografei care constau în unde de tip "Q" patologice recent apărute și supradenivelare de segment ST/unde "T" inversate;
- creșterea valorilor markerilor specifici de necroză miocardică (troponina și CK-MB).

Următoarele afecțiuni sunt excluse:

- a) infarcte silențioase depistate pe electrocardiogramă;
- b) toate tipurile de angină incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal, boala cardiacă ischemică;
- c) orice condiții patologice care nu se bazează pe cele 3 criterii ci doar pe criteriile ecografice, de rezonanță magnetică nucleară, de tomografie cu emisie de pozitroni;
- d) condiții patologice care evidențiază doar unul sau două din criteriile de mai sus;
- e) reinfarctizarea (recidiva) în același teritoriu coronarian dacă primul infarct a fost înainte de includerea în asigurare.

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

16.6 **Accidentul vascular cerebral** - orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 ore și include infarctul țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral, sursele fiind în afara creierului. O pretenție de indemnizare poate fi admisă numai dacă sunt îndeplinite cumulativ criteriile de mai jos:

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

Următoarele afecțiuni sunt excluse:

- Atacurile ischemice tranzitorii;
- Afectarea post-traumatică a țesutului cerebral;
- Afecțiuni ale vaselor sanguine, ale ochiului, inclusiv ale vaselor retinei și nervului optic;
- Afecțiuni ischemice ale sistemului vestibular;
- Accidentul vascular vechi, descoperit întâmplător la o examinare imagistică.

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

16.8 **Coma** - pierderea cunoștinței, fără reacție la stimuli externi, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

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

Deficitul neurologic permanent constă în imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă, îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

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

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

Este exclusă encefalita care are ca etiologie infecția HIV.

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

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

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

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

Diagnosticul trebuie confirmat de către un medic specialist hematolog, din punct de vedere clinic și susținut

- obligatoriu paraclinic prin hemoleucogramă, frotiu din sânge periferic și biopsia măduvei hematoformatoare.
- 16.12 **Poliartrita reumatoidă cu determinări sistemice**-boala inflamatorie articulară cronică, cu potențial invalidant, caracterizată prin manifestări sistemice, sinovită inflamatorie simetrică la nivelul articulațiilor periferice, conducând în timp la distrucții articulare și deficite funcționale invalidante. Pentru a se acorda indemnizația pentru boli grave, diagnosticul trebuie confirmat în scris de un medic specialist reumatolog și următoarele criterii trebuie îndeplinite (cel puțin 3 din 6):
- Afectarea bilaterală a cel puțin 5 dintre următoarele grupe articulare: articulații metacarpofalangiene, interfalangiene proximale, radio-cubito-carpene, coate, genunchi, metatarsofalangiene, tibio-tarsiene, certificate prin radiografii;
  - Amiloidoza renală certificată prin puncție biopsie renală;
  - Manifestări oculare legate de boală, confirmate de medicul specialist oftalmolog (irita, irido-ciclita, sclerita sau scleromalacie perforans);
  - Vasculita reumatoidă (leziuni cutanate, arterită coronariană sau pulmonară, mononevrita multiplex), confirmată de medicul reumatolog clinic și susținută obligatoriu paraclinic;
  - Sindromul Sjogren - afecțiune autoimună ce afectează întregul organism și care este caracterizată prin infiltrarea limfocitară cronică a organelor cu secreție exocrină, (cum ar fi cele implicate în secreția de salivă, de lacrimi). Susținerea paraclinică a diagnosticului va cuprinde: Anticorpi anti-nucleari crescuți, Anticorpi anti SSA crescuți, Anticorpi anti SSB crescuți, Factor reumatoid crescut, imunograma modificată (IgA și IgM);
  - Sindromul Felty - cuprinde următoarele entități clinice și paraclinice: Artrită reumatoidă, leucopenie (susținută prin hemoleucogramă), splenomegalie (obiectivată imagistic).
- 16.13 **Lupus Eritematos Sistemic cu determinări sistemice** - afecțiune auto-imună sistemică, caracterizată prin formarea de auto-anticorpi; diagnosticul trebuie confirmat în scris de către un medic specialist nefrolog sau reumatolog.
- Pentru a putea fi considerată Boală Gravă, Afecțiunea trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele condiții:
- a) prezența afectării renale confirmată prin biopsie renală, care să prezinte una dintre următoarele forme:
- Glomerulonefrita lupică proliferativă focală și segmentară (GSFS);
  - Glomerulonefrita lupică difuz proliferativă;
  - Glomerulonefrita lupică membranoasă;
- b) prezență, confirmată obligatoriu atât clinic cât și paraclinic, a cel puțin uneia dintre următoarele afectări:
- Cordul (pericardita, endocardita, miocardita sau afectarea vaselor coronare) afectare confirmată ecocardiografic;
  - Plămâni/pleura (pleurezie, embolii pulmonare) afectare confirmată imagistic;
  - Complicații hematologice (anemie hemolitică, trombocitopenie, sindromul antifosfolipidic) afectare confirmată prin rezultatele specifice de laborator;
  - Complicații neurologice: accidente vasculare cerebrale afectare confirmată imagistic;
- 16.14 **Boala neuronului motor** - boala de etiologie necunoscută caracterizată prin degenerarea progresivă a fasciculelor cortico-spinale și celulelor din coarnele anterioare medulare, respectiv neuronilor eferenți bulbari; sub această titulatură se pot include paralizia progresivă bulbară, scleroza laterală amiotrofică și scleroza laterală primară. Diagnosticul trebuie confirmat, clinic de către un medic specialist neurolog cât și obligatoriu susținut paraclinic prin investigații neuroimagistice sau rezultate morfopatologice. Nu se va indemniza prezenta boală gravă dacă nu este confirmată paraclinic.
- 16.15 **Paralizie (de cauza medulara)** - reprezintă pierderea totală și ireversibilă a capacității de utilizare a cel puțin 2 membre integrale (paraplegie/hemiplegie/tetraplegie), datorită unui Accident sau unei Îmbolnăviri. Asiguratul trebuie să prezinte deficite neurologice permanente, la cel puțin 3 luni de la data producerii evenimentului, confirmate atât clinic cât și obligatoriu paraclinic prin imagistică medicală de către un neurolog. Sunt excluse paraliziiile parțiale ale membrelor, paraliziiile temporare după infecții virale.
- 16.16 **Boala Crohn:** boala inflamatorie intestinală care poate afecta toate segmentele tubului digestiv, cu precădere ileonul și colonul. Diagnosticul trebuie confirmat de către medicul specialist gastro-enterolog sau de medicină internă, prin metode endoscopice și biopsie de mucoasă intestinală. Pentru a fi plătită indemnizația, trebuie îndeplinite cel puțin trei dintre următoarele criterii:
- Afectarea concomitentă a cel puțin 2 segmente digestive (ex. Ileon și porțiuni din colon), documentată endoscopic;
  - Tratament chirurgical (rezeccii ale segmentelor digestive);
  - Afectare sistemică (oculară-conjunctivită, irită, iridociclita; vasculita; colangita/pericolangita; afectare articulara) documentată medical atât clinic cât și obligatoriu paraclinic;
  - Prezența de fistule intestinale documentate endoscopic;
  - Simptome și semne generale: Hb sub 10 g/dl și pierderea a mai mult de 10 % din masă corporală în ultimele 6 luni.
- 16.17 **Colita Ulcerativă** reprezintă o boală inflamatorie intestinală, care produce ulcerații la nivelul intestinului gros (colon sau rect). Diagnosticul trebuie confirmat de către un medic specialist gastro-enterolog sau de medicină internă, pe baza efectuării colonoscopiei și obligatoriu a biopsiei de mucoasă colonică. Pentru plata indemnizației, trebuie să existe încă cel puțin un criteriu dintre următoarele:
- Afectare extensivă a colonului (pancolita) - confirmată endoscopic;
  - Prezența de perforații la nivel intestinal - confirmate endoscopic;
  - Tratament chirurgical de rezeccie a unor porțiuni ale intestinului gros.
- 16.18 **Sclerodermie progresivă:** afecțiune sistemică collagen-vasculară, care determină fibroza difuză progresivă la nivelul pielii, vaselor de sânge și organelor interne. Diagnosticul trebuie să fie susținut obligatoriu prin biopsie tegumentară/de organ și probe serologice (anticorpi antinucleari-ANA sau anticorpi anti-centromer-ACA sau anticorpi antitopoizomeraza I-SCL 70), iar afectarea a cel puțin 2 dintre următoarele 3 organe trebuie să fie atestată de un medic specialist reumatolog: plămâni, rinichi, cord.
- Excluderi:

- Sclerodermia localizată (liniară sau morphea);
  - Fasciita eozinofilică;
  - Sindromul CREST.
- 16.19 **Cardiomiopatie** - diagnostic confirmat de cardiomiopatie dilatativă, restrictivă sau hipertrofică, necesitând tratament continuu pentru insuficiență cardiacă, cu următoarele condiții cumulative:
- Confirmarea ecocardiografică a tipului de cardiomiopatie de către un medic specialist cardiolog;
  - Complicată cu insuficiență cardiacă clasa NYHA (New York Health Association) cel puțin 3, cu METS (Metabolic Equivalents) <5 dovedite prin înregistrarea ECG de efort sau însoțită de aritmii cu potențial amenințător de viață (aritmii ventriculare mai severe decât clasa 3 B Lawn)
- Excluderi:
- Cardiomiopatia datorată consumului de alcool sau droguri;
  - Cardiomiopatia peri-partum.
- 16.20 **Tulburări de ritm ventriculare maligne**  
Sunt considerate cu potențial malign următoarele situații:
- Extrasistole ventriculare grupate în dublete sau triplete;
  - Tahicardia ventriculară;
  - Extrasistole ventriculare cu fenomen R/T.
- Respectivele situații trebuie confirmate de medicul cardiolog, pe baza a cel puțin 3 înregistrări EKG/holter EKG distincte, la un interval de cel puțin 3 luni una de alta.
- 16.21 **Tumora cerebrală benignă** este considerată eligibilă pentru despăgubire tumora benignă la nivel cerebral care este inoperabilă și determină, un deficit neurologic permanent, stabilit de un medic neurolog/neurochirurg la 3 luni de la data diagnosticului.
- Prezența tumorii trebuie să fie susținută obligatoriu de rezultatele investigațiilor imagistice concludente (RMN, CT etc). Deficitul neurologic permanent constă în imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă, îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa)
- Excluderi:
- Chisturi;
  - Granuloame inflamatorii;
  - Malformații vasculare;
  - Hematoame;
  - Tumori hipofizare sau ale coloanei vertebrale/măduvei spinării;
  - Neurinoamele acustice;
  - Abcesele cerebrale;
- 16.22 **Boala Parkinson severă** - diagnosticul de boala Parkinson idiopatică trebuie confirmat de un medic specialist neurolog. Toate criteriile de mai jos trebuie să susțină diagnosticul și să fie cuprinse în raportul medical al medicului neurolog:
- Deficit neurologic important demonstrat prin incapacitatea Asiguratului de a efectua singur, fără ajutor a cel puțin 3 dintre cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă, îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa);
  - Lipsa de răspuns la tratamentul specific;
  - Rigiditate musculară severă;
  - Demența severă;
  - Încadrare în grad de invaliditate cu emiterea Certificatului corespunzător.
- 16.23 **Boala Alzheimer/Demența progresivă**, apărută înaintea vârstei de 60 de ani - deteriorarea funcțiilor intelectuale și cognitive, conducând la incapacitatea de a efectua activitățile zilnice uzuale. Diagnosticul trebuie confirmat obligatoriu clinic și paraclinic (imagistic) de către un medic specialist neurolog sau psihiatru, iar persoana asigurată trebuie să necesite supraveghere permanentă și să fie în imposibilitatea de a efectua cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă, îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa), pe o perioadă continuă de cel puțin 6 luni:  
Sunt excluse formele de demență ca urmare a consumului de alcool/droguri sau ca urmare a infecției cu HIV.
- 16.24 **Sdr. Apallic** Necroza generalizată a cortexului cerebral fără afectarea trunchiului cerebral; acest diagnostic trebuie confirmat clinic de un medic specialist neurolog și susținut obligatoriu și paraclinic. Această afectare trebuie să fie documentată de un medic neurolog pentru o perioadă de cel puțin șase luni. Este exclusă afecțiunea datorată unei boli congenitale.
- 16.25 **Hipertensiunea pulmonară primitivă** - este considerată ca fiind susținută de cel puțin 3 dintre următoarele criterii:
- Presiune în artera pulmonară de cel puțin 30 mm Hg sau peste, măsurată prin metode invazive;
  - Indicii ECG de hipertrofie cardiacă dreaptă (RV1 plus SV5>1,05mV);
  - Concentrația de oxigen sangvin redusă în stare de repaus;
  - Ecocardiografic: diametru mărit al ventriculului drept peste 30 mm, în vizualizare ecografică de tipul M măsurată pe axul lung.
- Diagnosticul trebuie să fie confirmat prin investigații ce includ cateterizare cardiacă.
- 16.26 **Boala arterială periferică**: disfuncție cronică la nivelul arterelor periferice (incluzând carotidele) Diagnosticul trebuie confirmat de către medicul specialist cardiolog sau de chirurgie cardio-vasculară, obligatoriu pe baza evaluării ecografice și angiografice. Pentru plata indemnizației cel puțin 2 din următoarele criterii trebuie să fie îndeplinite: Boala evolutivă fără răspuns la tratament medicamentos optim, cu prezența de dureri inclusiv în repaus și obiectivată prin investigații paraclinice;
- Prezența unei obstrucții de cel puțin 75% pe una din arterele coapsei, brațului sau la nivelul carotidei;

- Gangrena cu pierderea unor segmente periferice datorită afectării arteriale.
- 16.27 **Boala pericardică:** definită ca inflamație cronică a pericardului, de cauze variată, conducând la îngroșarea și calcificarea pericardului; diagnosticul trebuie confirmat de medicul specialist cardiolog pe baza investigațiilor imagistice specifice (ecocardiografie, RMN, CT), iar indemnizația se acordă doar dacă afectarea pericardică determină insuficiența cardiacă clasa III NYHA (New York Health Association), cu METS (Metabolic Equivalents) <5.
- 16.28 **Insuficiența respiratorie cronică** reprezintă o afectare permanentă a aparatului respirator documentată prin probe respiratorii funcționale. Indemnizația se acordă dacă diagnosticul este confirmat de către un medic specialist pneumolog, pe baza îndeplinirii tuturor criteriilor de mai jos:
  - FEV1 ≤ 1 litru (sau mai puțin de 40% din valoarea previzionată) pentru boala pulmonară obstructivă sau FVC mai mic de 1 litru (sau mai puțin de 40% din valoarea previzionată) pentru boala pulmonară restrictivă;
  - Prezența simptomelor clinice;
  - Prezența modificărilor metabolismului acido-bazic (acidoza sau alcaloza).
- 16.29 **Arsuri majore:** leziuni ale țesuturilor, de cauză termică, electrică sau chimică. Sunt acoperite:
  - Cazurile cu afectare de cel puțin 30% din suprafața corpului, pentru arsurile de gradul 3;
  - Cazurile cu afectare de cel puțin 20% din suprafața corpului, pentru arsurile de gradul 4;
 Diagnosticul și suprafața afectată trebuie stabilite de un medic specialist în chirurgie plastică, reparatorie și arsuri.
- 16.30 **Distrofie musculară** - reprezintă o afecțiune ereditară, caracterizată prin deteriorarea progresivă a mușchilor corpului, antrenând slăbiciune musculară și invaliditate. Diagnosticul de distrofie musculară necesită confirmarea de către medicul specialist neurolog, obligatoriu pe baza biopsiei musculare și a prezenței cumulativă a următorilor factori:
  - Test genetic pozitiv;
  - Semne clinice specifice;
  - Modificări caracteristice pe electromiogramă.
- 16.31 **Afecțiune hepatică în stadiul terminal** - este considerată insuficiență hepatică susținută de cel puțin 3 dintre criteriile de mai jos:
  - Icter permanent obiectivat clinic și susținut de analize de laborator (Bilirubina totală, Urobilinogen);
  - Ascita obiectivată clinic și imagistic (ecografie abdominală sau RMN/CT abdominal);
  - Encefalopatie hepatică confirmată clinic de medicul specialist de gastroenterologie sau medicină internă și demonstrată paraclinic prin creșterea hiperamoniemie peste 40 milimoli/l;
  - Scăderea indicelui de protrombină sub valoarea de 60%.
 Afectarea hepatică secundară abuzului de alcool, medicamente sau droguri este exclusă.
- 16.32 **Pierderea vorbirii** - reprezintă pierderea totală și irecuperabilă a capacității de a vorbi inteligibil ca urmare a unui Accident sau a unei afecțiuni a corzilor vocale. Incapacitatea de a vorbi trebuie să fie prezentă pe o perioadă continuă de cel puțin 12 luni; diagnosticul trebuie confirmat clinic prin documente medicale eliberate de medicul specialist ORL precum și investigații paraclinice care arată cauza. Toate cauzele psihiatrice sau neurologice conexe sunt excluse.
- 16.33 **Boala cardiacă valvulară cu insuficiență cardiacă:** afectarea valvelor cardiace ce asociază insuficiența cardiacă congestivă clasa NYHA de cel puțin 3 (caracterizată paraclinic prin test de efort cu METS <5 și fracția de ejeecție globală <50%), atestată clinic de către medicul specialist cardiolog și obiectivată obligatoriu ecocardiografic.
- 16.34 **Infecție HIV/SIDA** - Indemnizația se acordă dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele criterii:
  - Diagnostic confirmat prin testul ELISA și Western Blot;
  - HIV accidentală apărând în urma aplicării procedurilor terapeutice intraspitalicești sau ca urmare a expunerii riscurilor profesionale ale personalului medico-sanitar. HIV accidentală trebuie să fie dovedită, respectiv admisă în scris de instituția care a efectuat procedura intraspitalicească sau prin verdictul unei instanțe judecătorești;
  - Număr de limfocite CD4 sub 200/ml.
- 16.35 **Intervenție chirurgicală de by-pass aorto-coronarian:** reprezintă intervenția chirurgicală ce presupune secționarea sternului pentru a corecta stenoza sau ocluzia arterei coronare prin realizarea unei grefe venoase sau arteriale de tip by-pass aorto-coronarian, în scopul limitării simptomelor de tip anginos.
- 16.36 **Intervenție chirurgicală pe valvele cardiace** - reprezintă intervenția chirurgicală pe cord deschis, pentru a corecta o valvă cardiacă defectă sau a o înlocui. Intervenția chirurgicală trebuie să fie recomandată de către un medic specialist cardiolog, iar prezența defectului valvular trebuie să fie obiectivată prin ecocardiografie sau ventriculografie.
- 16.37 **Intervenție chirurgicală pe aorta**- reprezintă intervenția chirurgicală majoră de reparație/corectare a unui anevrism, obstrucții sau disecții a aortei, prin deschiderea chirurgicală a pieptului/abdomenului. Definiția vizează numai aorta toracică sau abdominală, nu și ramificațiile sale. Sunt excluse:
  - Intervențiile realizate prin abord intra-arterial;
  - Intervențiile chirurgicale utilizând tehnici mini-invazive.
- 16.38 **Implant pace-maker/defibrilator permanent:** amplasarea unui stimulator cardiac în pereții ventriculari sau atriali, prin abord transvenos sau transtoracic, respectiv montarea unui dispozitiv electronic implantabil (defibrilator), în scopul corectării tulburărilor de ritm.  
Sunt acoperite doar pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței.
- 16.39 **Coronaroplastie/Angioplastie periferică, cu sau fără stent:** dilatarea obstrucțiilor/stenozelor coronariene prin cateter cu balonaș, sub control radiologic, cu sau fără montare de stent.  
Acoperirea este valabilă doar în cazul efectuării acestor proceduri în scop terapeutic pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței. Nu este acoperită angiografia/coronarografia percutană efectuată în scop diagnostic.
- 16.40 **Transplant de organe (ficat, rinichi, plămân, pancreas, cord):** Intervenția chirurgicală care constă în poziționarea și fixarea chirurgicală a următoarelor organe la nivelul organismului persoanei asigurate, ca primitor: inimă, plămâni, rinichi, pancreas (cu excepția transplantării de insule Langerhans), ficat. Transplantul de organ trebuie să fie ultima

resursă de tratament și trebuie efectuată ca urmare a unei necesități medicale, în concordanță cu definiția inclusă în condițiile generale ale poliței de bază la care prezenta este atașată.

Transplantul de organe este acoperit doar în cazul intervențiilor pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței.

Următoarele excluderi specifice sunt aplicate în cazul transplantului de organ:

- a) Transplant de organe de proveniență animală;
- b) Transplant ca donor;
- c) Transplantul de organe modificate genetic;
- d) Transplantul de organe în scopul tratării unor afecțiuni congenitale;
- e) Transplantul realizat în vederea tratării HIV sau SIDA;
- f) Transplantul experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă;
- g) Orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante.

