

**Condiții generale  
de asigurare de sănătate**

## Condiții generale de asigurare

### I. Termeni și definiții

**Accident:** Eveniment brusc, întâmplător, extern, produs independent de voința Asiguratului, care provoacă direct sau indirect vătămarea corporală a Asiguratului.

**Asigurat:** Persoană fizică a cărei stare de sănătate constituie obiectul asigurării conform prevederilor prezentului contract și care locuiește în România.

**Asigurător:** SIGNAL IDUNA Asigurări de Viață S.A., persoană juridică română autorizată să exercite activități de asigurare de sănătate.

**Boală:** Stare de sănătate a unui Asigurat care necesită, conform opiniei unui medic autorizat, un diagnostic și/sau un tratament.

**Call Center:** Serviciu telefonic al Asigurătorului. Prin intermediul serviciului de Call Center pot fi solicitate informații cu privire la contractul de asigurare și/sau lista furnizorilor de servicii medicale. Tratamentele primite de la furnizorii de servicii medicale vor fi solicitate și aprobate numai prin intermediul serviciului de Call Center.

**Card al Asiguratului:** Documentul primit de fiecare Asigurat care va fi prezentat medicului înainte de efectuarea oricărui tratament și care conține informații cu privire la Asigurat și la planul de asigurare ales.

**Catalogul prestațiilor:** Lista prestațiilor medicale de care poate beneficia Asiguratul în cadrul protecției alese prin asigurare.

**Caz de asigurare în derulare:** Caz de asigurare al cărui început este deja stabilit sau care a început deja și nu s-a încheiat încă.

**Cerere de asigurare:** Document al Asigurătorului prin care acesta solicită informații relevante care sunt importante pentru evaluarea riscului de preluat prin asigurare.

**Consultație:** vezi diagnosticare.

**Contractant:** Persoana fizică sau juridică care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul și care se obligă față de acesta la plata primelor de asigurare. În cazul persoanelor fizice, Contractantul poate fi în același timp și Asigurat.

**Contractul de asigurare:** Totalitatea documentelor care stabilesc raportul dintre Asigurător, Contractant și Asigurat, precum și drepturile și obligațiile fiecăruia. Contractul de asigurare este format din: cererea de asigurare, polița de asigurare, condițiile generale de asigurare, catalogul prestațiilor, lista furnizorilor de servicii medicale, cardul Asiguratului și, după caz, alte clauze speciale convenite între părți.

**Diagnosticare:** Proceduri întreprinse de personal medical calificat și autorizat, utilizate la examinarea medicală în cazul afectării stării de sănătate.

**Evaluarea riscului de preluat:** Asigurătorul verifică dacă, și după caz, în ce condiții va asigura Asiguratul. Vor fi luate în considerare, în mod special, printre altele, vârsta, ocupația și starea

sănătății Asiguratului. În afara informațiilor furnizate de către Contractant și de către Asigurat în cererea de asigurare, Asigurătorul poate solicita informații suplimentare și documente medicale de la medici și/sau instituții medicale.

**Eveniment asigurat:** Evenimentul asigurat este tratamentul necesar din punct de vedere medical ca urmare a unei boli sau a unui accident. Eveniment asigurat se consideră și consultațiile, investigațiile și tratamentele necesare din punct de vedere medical ca urmare a unei sarcini și/ sau nașterea, numai în măsura în care planul de asigurare prevede astfel de prestații medicale specifice.

**Furnizor de servicii medicale:** Medic și/sau instituție medicală cu care Asigurătorul a încheiat un contract de prestări servicii medicale și care este autorizat să efectueze un tratament conform nivelului universal de cunoaștere medicală.

**Intermediar:** Persoană fizică sau juridică care intermediază contractul de asigurare între Contractant și Asigurător.

**Începerea asigurării:** Data menționată în polița de asigurare de la care începe acoperirea prin asigurare.

**Începutul tratamentului:** Momentul la care se utilizează pentru prima dată ajutorul medical ca urmare a unei boli sau a unei afecțiuni.

**Încheierea contractului de asigurare:** Data la care este emisă polița de asigurare.

**Lista furnizorilor de servicii medicale:** Lista medicilor și instituțiilor medicale cu care Asigurătorul a încheiat un contract de prestări servicii medicale. Lista valabilă la data încheierii contractului este anexată la contract. Lista se poate modifica în permanență și poate fi consultată la Call Center, respectiv pe internet la adresa [www.signal-iduna.ro](http://www.signal-iduna.ro).

**Medicina experimentală:** Practici medicale care nu sunt incluse în practicile general acceptate și utilizate în medicină și care nu sunt predate în cadrul universităților de medicină sau altor instituții de învățământ.

**Perioada de așteptare:** Perioada de la începerea asigurării în care există obligația plății primelor de asigurare dar în care Asigurătorul nu acoperă evenimentul asigurat și nici nu plătește prestațiile medicale.

**Plan de asigurare:** Produs al Asigurătorului care conține anumite prestații predefinite (vezi catalogul prestațiilor).

**Polița de asigurare:** Document scris, emis de către Asigurător, care probează încheierea contractului de asigurare între Contractant și Asigurător. Polița va fi trimisă Contractantului împreună cu condițiile generale de asigurare, catalogul prestațiilor, lista furnizorilor de servicii medicale, cardul Asiguratului și, după caz, alte clauze speciale convenite între părți.

**Prestații medicale:** Ansamblul procedurilor medicale de diagnosticare și/sau tratament, inclusiv

profilaxie, efectuate de către un medic și/sau instituție medicală.

**Prima de asigurare:** Suma pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului și a cărei valoare este specificată în contractul de asigurare.

**Profilaxie:** Ansamblul măsurilor medico-sanitare impuse pentru prevenirea apariției, recurenței și răspândirii bolilor.

**Tratament ambulatoriu:** Prestații medicale efectuate de către un medic conform nivelului universal de cunoaștere medicală, fără internare într-o instituție medicală.

**Tratament în spital:** Prestații medicale care se realizează prin internarea într-un spital / instituție medicală, conform nivelului universal de cunoaștere medicală.

**Tratament necesar din punct de vedere medical:** Un tratament este necesar din punct de vedere medical, dacă conform rezultatelor obiective ale examenelor medicale și conform cunoștințelor științifice generale la momentul tratamentului, este argumentată desfășurarea sa.

## Capitolul II. Reglementări generale

### Art. 1 Obiectul contractului de asigurare

Prin contractul de asigurare, Contractantul se obligă să plătească o primă de asigurare Asigurătorului, iar acesta se obligă ca, la producerea unui eveniment asigurat, să plătească furnizorului de servicii medicale, în condițiile prezentului Contract, serviciile medicale efectiv prestate Asiguratului și cuprinse în planul de asigurare.

### Art. 2 Obiectul și întinderea protecției prin asigurare

Asigurătorul oferă protecție prin asigurare numai ca urmare a unei necesități medicale în cazul bolilor, accidentelor și profilaxiei, în limitele menționate în contractul de asigurare.

Întinderea protecției prin asigurare rezultă din condițiile generale de asigurare, catalogul prestațiilor medicale, clauze speciale precum și înțelegeri scrise convenite între părți.

### Art. 3 Teritorialitatea

Protecția prin asigurare se limitează la prestațiile medicale efectuate pe teritoriul României.

## Capitolul III. Reglementări premergătoare încheierii contractului

### Art. 4 Obligațiile Contractantului

(1) Înainte de încheierea contractului de asigurare Asigurătorul evaluează riscul de preluat. În acest sens Contractantul completează cererea de asigurare. Contractantul trebuie să declare în cererea de asigurare toate circumstanțele care îi sunt cunoscute și care sunt sau pot fi esențiale pentru încheierea contractului. În mod special el trebuie să se asigure că răspunsurile la întrebările cu privire la starea de sănătate a viitorului Asigurat sunt corecte și complete. În situația în care Contractantul are un dubiu cu privire la relevanța

unei anumite informații/ împrejurări, acesta se obligă să o comunice Asigurătorului care va aprecia relevanța ei.

(2) Obligațiile descrise la alineatul (1) sunt valabile și pentru intervalul de timp dintre completarea cererii de asigurare și emiterea poliței. În cazul apariției unor modificări față de datele menționate în cererea de asigurare, Contractantul este obligat să notifice Asigurătorul în scris, în aceeași zi, cu privire la aceste schimbări.

(3) În cazul în care Contractantul nu îndeplinește oricare din obligațiile prevăzute la alineatele (1) și/sau (2), Asigurătorul are dreptul ca, în termen de o lună de la confirmarea acestei încălcări, să rezilieze contractul de asigurare printr-o notificare de încetare a contractului fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, sau să-i propună Contractantului o nouă ofertă pentru continuarea contractului de asigurare în baza unor condiții de asigurare modificate. Rezilierea contractului produce efecte de la data la care s-a efectuat expedierea notificării (data poștei). În cazul neacceptării ofertei de continuare a contractului în 14 zile de la data expedierii ei, contractul de asigurare este reziliat de la data trimiterii ofertei fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței.

(4) Dreptul Asigurătorului de a rezilia contractul de asigurare este exclus dacă circumstanțele, care nu s-au arătat sau nu s-au indicat corect și/sau în mod complet, nu ar fi avut nicio influență asupra deciziei Asigurătorului de a încheia contractul de asigurare în condițiile inițial stabilite.

(5) În cazul în care Asigurătorul reziliază contractul de asigurare conform alineatului (3), obligația sa de acoperire a prestațiilor medicale prin asigurare încetează în același timp. În cazul în care circumstanțele care nu s-au arătat sau nu s-au indicat corect și/sau în mod complet conform alineatelor (1) și/sau (2) de către Contractant influențează producerea evenimentului asigurat și/sau acoperirea prin asigurare, Asigurătorul are dreptul de a nu efectua plata prestațiilor medicale asigurate.

(6) Alineatul (5) este valabil în mod corespunzător dacă Asigurătorul îi propune Contractantului o ofertă pentru continuarea contractului de asigurare în condiții modificate. În acest caz, Asigurătorul poate participa voluntar la cheltuielile survenite.

(7) Obligațiile Contractantului descrise în alineatele de mai sus sunt valabile și pentru persoanele care vor fi asigurate, în măsura în care se referă la persoana lor și/sau la copiii lor.

## Capitolul IV. Reglementări pe durata perioadei de valabilitate a contractului

### Art. 5 Încheierea contractului de asigurare

(1) Contractul de asigurare se încheie la data emiterii poliței de asigurare.

(2) În cazul în care datele cuprinse în polița de asigurare nu coincid cu cele ale cererii de asigurare (începutul asigurării, acoperirea prin asigurare, Asigurații, valoarea primei de asigurare) și/sau sunt menționate clauze speciale, Asigurătorul se obligă să anunțe în scris Contractantul cu privire la aceste modificări în cadrul poliței de asigurare.

(3) Contractantul poate să denunțe contractul fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței printr-o notificare scrisă adresată Asigurătorului în termen de două săptămâni de la primirea poliței de asigurare, în măsura în care modificările survenite față de cererea de asigurare nu au fost stabilite de comun acord de către părți pe durata evaluării cererii de asigurare. Contractul de asigurare denunțat se consideră desființat retroactiv, începând cu data încheierii lui. În cazul în care Contractantul nu îl denunță în intervalul de timp mai sus menționat, contractul de asigurare va fi valabil în termenii stabiliți prin poliță.

(4) În cazul în care Asigurătorul nu își va îndeplini obligația sa de atenționare conform alineatului (2), conținutul contractului va fi determinat conform conținutului cererii de asigurare.

(5) Vârsta maximă de acceptare a unei persoane în calitate de Asigurat este de 60 ani. Stabilirea vârstei se determină ca fiind vârsta împlinită a Asiguratului la data completării cererii de asigurare.

(6) Persoanele până la împlinirea vârstei de 18 ani pot fi Asigurați numai dacă cel puțin un părinte are calitatea de Asigurat și instituit ca și Contractant. Protecția prin asigurare a minorului nu poate fi încheiată pentru un plan de asigurare mai cuprinzător decât cel al unui părinte.

(7) Contractantul își poate asigura copilul nou-născut imediat după naștere conform prezentelor condiții, dacă cel puțin un părinte și eventualii frați și surori sub 18 ani, sunt asigurați de cel puțin trei luni la Asigurător. Protecția prin asigurare a copilului nou-născut nu poate fi încheiată pentru un plan de asigurare mai cuprinzător decât cel al unui părinte. În cazul în care Contractantul solicită în scris o asigurare a nou-născutului în decurs de o lună de la data nașterii, obligațiile conform articolului 4, alineatele (1) și (2) nu se aplică. La expirarea acestui interval de timp se acceptă asigurarea doar în temeiul unei cereri de asigurare încheiată cu respectarea articolului 4, alineatele (1) și (2).

#### **Art. 6 Începerea protecției prin asigurare**

(1) Protecția prin asigurare începe la data menționată în polița de asigurare (începerea asigurării), însă nu înainte de data încheierii contractului de asigurare (emiterea poliței) și nu înainte de terminarea perioadelor de așteptare. În cazul modificărilor intervenite pe durata derulării contractului, protecția suplimentară se va aplica de la data modificărilor convenite.

(2) Pentru evenimentele asigurate survenite înainte de începerea acoperirii prin asigurare, Asigurătorul nu își asumă răspunderea cu privire la acoperirea

prestațiilor medicale aferente acestora.

#### **Art. 7 Perioada de așteptare**

(1) Perioada de așteptare intră în vigoare în prima zi de la începerea protecției prin asigurare.

(2) Perioada de așteptare este de patru luni. În cazul tratamentelor în legătură cu sarcina și/sau nașterea, perioada de așteptare este de douăsprezece luni.

(3) În cazul prestațiilor medicale efectuate în ambulatoriu nu se aplică perioada de așteptare.

(4) În cazul spitalizării ca urmare a unor accidente survenite după încheierea contractului de asigurare, perioada de așteptare nu se aplică.

(5) Perioada de așteptare pentru tratamentele în spital nu se mai aplică în cazul încheierii în aceleași condiții, în mod direct și neîntrerupt, a unui nou contract de asigurare imediat după expirarea celui anterior.

#### **Art. 8 Durata contractului de asigurare**

Contractul de asigurare se încheie pe o perioadă de un an.

#### **Art. 9 Calculul primelor de asigurare**

Prima de asigurare se stabilește după evaluarea riscului de preluat și depinde, în mod special, printre altele, de următorii factori:

- Planul de asigurare;
- Vârsta Asiguratului;
- Frecvența de plată a primelor de asigurare;
- Starea de sănătate a Asiguratului în momentul încheierii contractului.

#### **Art. 10 Plata primelor de asigurare**

(1) Prima de asigurare este anuală și se calculează din momentul începerii protecției prin asigurare. Prima de asigurare trebuie plătită până la sfârșitul contractului de asigurare (aceiași lucru este valabil și în situația în care părți ale contractului de asigurare încetează pe parcursul derulării lui din orice motiv). Prima de asigurare va fi achitată în rate lunare.

(2) Asigurătorul și Contractantul pot conveni, prin derogare de la alineatul (1), asupra plății primelor de asigurare trimestrial, semestrial sau anual. În cazul plăților trimestriale, semestriale și anuale se acordă un discount de 1%, 2% respectiv 4%.

(3) Plata primelor de asigurare se efectuează prin virament bancar în contul Asigurătorului, cont bancar specificat în polița de asigurare.

(4) Prima de asigurare (sau prima inițială în cazul plății în rate mai mici de un an) trebuie plătită la data completării cererii de asigurare. Dacă în urma evaluării riscului de către Asigurător, prima rezultată este mai mare decât cea încasată la semnarea cererii de asigurare, Contractantul trebuie să achite în termen de 14 zile această diferență. În cazul în care această diferență nu este achitată în 14 zile, prima de asigurare plătită la semnarea cererii de asigurare va fi returnată, iar acoperirea prin asigurare nu va începe. În cazul în care Asigurătorul refuză acoperirea prin asigurare sau Contractantul refuză prima mărită, prima de asigurare plătită la

semnarea cererii de asigurare va fi returnată.

**(5)** În cazul plății primelor în rate mai mici de un an, primele următoare sunt scadente la datele menționate în polița de asigurare.

**(6)** Obligația de plată a primelor îi revine Contractantului.

**(7)** Atât timp cât Contractantul nu a plătit integral prima anuală sau prima inițială de asigurare, nu pot fi formulate pretenții asupra prestațiilor prin asigurare.

**(8)** Dacă Contractantul nu achită prima ulterioară în termen de două săptămâni de la data scadenței, acoperirea prin asigurare încetează în a 15-a zi de la data scadenței. Totuși, dacă Contractantul achită în decursul următoarelor două săptămâni prima ulterioară, acesta are dreptul să emită pretenții privind plata prestațiilor medicale începând cu data înregistrării în contul Asiguratorului a respectivei prime de asigurare. În cazul unor evenimente asigurate care s-au produs între a 15-a zi de la data scadenței și momentul plății primei de asigurare, prestațiile medicale aferente acestora nu sunt acoperite prin asigurare, indiferent de momentul prestării lor.

**(9)** Dacă Contractantul nu achită prima ulterioară în decursul a șase săptămâni de la data scadenței, prin derogare de la alineatul (8), Asiguratorul reziliază contractul de plin drept, fără nici o altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, retroactiv, din ziua până la care prima a fost plătită.

În același moment încetează și obligația sa cu privire la plata prestațiilor medicale.

#### **Art. 11 Întinderea obligației de acoperire prin asigurare**

Protecția prin asigurare cu privire la cheltuielile cu prestațiile medicale se acordă pentru tratamente necesare din punct de vedere medical ca urmare a unei boli sau a unui accident.

Pentru consultații și tratamente necesare din punct de vedere medical în legătură cu sarcina și/sau nașterea și pentru alte diagnosticări, există, de asemenea, protecție prin asigurare, în măsura și în limitele planului de asigurare ales și numai dacă acesta acoperă prestații medicale pentru acestea.

#### **Art. 12 Limitele de răspundere ale Asiguratorului/ Excluderi**

Obligația Asiguratorului pentru consultații și/sau tratamente ca urmare a unei boli sau accident este limitată. Asiguratorul nu își asumă răspunderea cu privire la decontarea prestațiilor medicale pentru:

**(1)** urmările evenimentelor de război sau asemănătoare războiului, participarea la serviciul militar inclusiv la misiuni militare de pace în afara României;

**(2)** consecințele atacurilor teroriste, a tulburărilor, a revoltelor, răzmerițelor sau a circumstanțelor excepționale;

**(3)** consecințele radiațiilor nucleare, ale fuziunii, fisiunii și accelerării particulelor.

**(4)** consecințele cutremurelor, inundațiilor și a altor

catastrofe naturale;

**(5)** consecințele acțiunilor intenționate (premeditate) ale persoanelor Asigurate;

**(6)** obținerea prin mijloace frauduloase a plăților asigurării, respectiv inducerea în eroare intenționată a Asiguratorului;

**(7)** săvârșirea, încercarea săvârșirii, precum și participarea Asiguratului la săvârșirea a unei fapte penale prevăzute de lege;

**(8)** consecințele consumului de alcool, droguri, alte substanțe toxice, precum și a metodelor de dezintoxicare;

**(9)** medicina experimentală, inclusiv urmările acesteia;

**(10)** participarea ca subiect la studii medicale, chimice, cercetări științifice legate de sănătate chiar dacă nu sunt declarate astfel, inclusiv urmările acestora;

**(11)** autotratare /automedicație, inclusiv urmările acesteia;

**(12)** măsuri care nu sunt necesare din punct de vedere medical;

**(13)** investigații și/sau tratamente efectuate Asiguratului de către soți, părinți sau copii;

**(14)** tentative de sinucidere, inclusiv urmările acestora;

**(15)** proteze ale corpului existente în momentul încheierii contractului, inclusiv înlocuirea lor și urmările lor secundare/îmbolnăvirile secundare;

**(16)** intervențiile de chirurgie estetică, inclusiv urmările lor;

**(17)** tratamente pentru dorința de a avea copii și/sau pentru fertilitate/împotriva sterilității, inclusiv urmările acestora;

**(18)** schimbările sexului, inclusiv urmările acestora;

**(19)** tuberculoza, infecția HIV, SIDA, îmbolnăviri psihice, inclusiv urmările acestora;

**(20)** tratamentele medico-dentare, inclusiv urmările acestora.

#### **Art. 13 Cardul de Asigurat**

**(1)** Pentru fiecare Asigurat, Asiguratorul emite un Card de Asigurat care este trimis Contractantului.

**(2)** Cardul de Asigurat poate conține numele, prenumele și codul numeric personal al Asiguratului, informații referitoare la valabilitatea asigurării și planul asigurării, precum și numărul de telefon al Call Center-ului.

**(3)** Asiguratul trebuie să prezinte furnizorului de servicii medicale Cardul de Asigurat înainte de fiecare tratament pe care îl efectuează.

**(4)** În cazul în care Asiguratul pierde Cardul de Asigurat, Contractantul sau Asiguratul vor notifica Asiguratorul despre pierderea acestuia în decurs de 24 de ore de la luarea la cunoștință a acestui fapt. Cardul de Asigurat își pierde valabilitatea și nu mai poate fi utilizat, chiar dacă este găsit ulterior. Asiguratorul va emite un nou Card de Asigurat.

**(5)** Odată cu încetarea contractului de asigurare (a unei părți a contractului), Cardul de Asigurat își

pierde valabilitatea și utilizarea sa este interzisă.

**Art. 14 Call Center**

(1) La dispoziția Asiguraților va fi pus un serviciu telefonic care servește ca serviciu de consiliere. Prin intermediul serviciului de Call Center nu vor fi acordate sfaturi medicale. Orice prestație medicală va fi programată numai prin intermediul Call Center-ului pentru ca Asigurătorul să poată efectua o verificare.

(2) Asigurații pot obține de la Call Center informații exacte despre furnizorii de servicii medicale cu care colaborează Asigurătorul.

(3) Call Center-ul este disponibil 24 ore/zi, șapte zile pe săptămână pentru Asigurați.

**Art. 15 Producerea evenimentului asigurat, plata prestațiilor medicale**

(1) Contractantul primește odată cu polița de asigurare o listă cu furnizorii de servicii medicale cu care Asigurătorul a încheiat un contract de colaborare. Protecția prin asigurare este valabilă numai dacă prestațiile medicale sunt oferite de acești furnizori agreeți.

(2) Lista furnizorilor de servicii medicale se poate modifica oricând pe durata perioadei de valabilitate a contractului de asigurare. Asigurații se pot informa oricând la Call Center despre furnizorii de servicii disponibili. Lista actualizată va fi publicată pe internet, la adresa [www.signal-iduna.ro](http://www.signal-iduna.ro).

(3) Asigurații pot beneficia de serviciile furnizorilor medicali cu care Asigurătorul are încheiat un contract de colaborare de pe întreg teritoriul țării.

(4) Contractantul primește odată cu polița de asigurare o listă a beneficiilor medicale cuprinse în planul său de asigurare. Catalogul prestațiilor poate fi consultat pe [www.signal-iduna.ro](http://www.signal-iduna.ro).

(5) Decontarea prestațiilor se face direct între furnizorul de servicii și Asigurător. În cazul în care s-au efectuat prestații care nu sunt cuprinse în planul de asigurare, furnizorul de servicii medicale va face decontarea acestora direct cu Asiguratul/pacientul.

(6) Prestațiile medicale necesită o aprobare anterioară a Asigurătorului; ele trebuie solicitate de către Contractant sau de către Asigurat la Call Center. În cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul nu respectă aceste obligații, Asigurătorul nu își asumă răspunderea cu privire la decontarea prestațiilor medicale. În cazul unui tratament de urgență, solicitarea poate fi efectuată de către familie sau de către furnizorul de servicii medicale și după începerea tratamentului.

(7) Contractantul și Asiguratul sunt obligați să furnizeze, la solicitarea Asigurătorului, orice informație necesară în vederea evaluării evenimentului asigurat sau a obligației de plată a Asigurătorului și a cuantumului sumei de plată. La cererea Asigurătorului, Asiguratul este obligat să se supună unei consultații efectuate de către un medic desemnat de către Asigurător și pe cheltuiala acestuia din urmă. În cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul nu vor onora aceste obligații,

Asigurătorul nu poate fi obligat la plata prestațiilor medicale. Asigurătorul este îndreptățit să solicite de la medici și/sau instituții medicale documente medicale cu privire la starea de sănătate a Asiguratului.

(8) Contractantul și/sau Asiguratul va primi răspunsul (acceptul sau refuzul) privind acordarea unei prestații medicale, în maxim două zile lucrătoare de la data solicitării acesteia, prin intermediul Call Center-ului. În cazul în care vor fi necesare alte documente și/sau un consult medical al Asiguratului, acestea vor fi cerute și/sau determinate în cursul acestor două zile. După prezentarea documentelor și/sau rezultatului consultației, Asigurătorul hotărăște din nou cu privire la acordarea prestației respective și comunică această hotărâre Contractantului/ Asiguratului/ familiei Asiguratului prin intermediul Call Center-ului în termen de două zile lucrătoare.

(9) Asigurătorul garantează efectuarea prestațiilor medicale în cel mai scurt timp posibil din momentul aprobării.

(10) Asiguratul trebuie să prezinte furnizorului de servicii medicale înainte de efectuarea tratamentului Cardul de Asigurat și un act de identitate.

(11) În cazul în care Asiguratul nu poate respecta programarea pentru tratament stabilită de către Asigurător, aceasta trebuie anulată la Call Center cu cel puțin 24 de ore înainte. În caz contrar, Contractantul va suporta eventualele cheltuieli survenite. Răspunderea Contractantului pentru aceste cheltuieli nu va putea fi antrenată dacă Asiguratul nu onorează programarea din motive independente de voința sa.

(12) La cerere, Asiguratul poate avea acces la dosarul cu prestațiile medicale efectuate. De asemenea, tot la cerere, pot fi furnizate copii ale actelor care servesc pentru stabilirea obligației de plată, a motivului și a valorii acesteia.

(13) Protecția prin asigurare încetează - și pentru cazurile asigurate în derulare - odată cu încetarea contractului de asigurare (respectiv a părții de contract a Asiguratului).

(14) Asiguratul trebuie să acționeze, după posibilități, pentru diminuarea daunei și să se abțină de la săvârșirea oricăror acțiuni care sunt considerate un impediment în procesul de însănătoșire.

(15) În cazul în care Contractantul (Asiguratul) nu este de acord cu respingerea unei prestații solicitate, el trebuie să notifice în scris Asigurătorul în legătură cu dezacordul său în decurs de o lună.

(16) Pretențiile cu privire la plățile prestațiilor medicale nu pot fi cesionate sau gajate.

**Art. 16 Pretenții împotriva terților**

(1) Dacă Contractantul și/sau Asiguratul are pretenții de despăgubire împotriva terților, atunci există obligația ca acestea să fie cesionate în favoarea Asigurătorului până la limita plății

contractului de asigurare.

**(2)** Dacă Contractantul și/sau Asiguratul renunță fără acordul Asigurătorului la pretențiile împotriva terților, Asigurătorul poate cere restituirea plăților efectuate de la Contractant/ Asigurat.

## **Capitolul V. Încetarea contractului**

### **Art. 17 Rezilierea contractului de asigurare de către Asigurător**

**(1)** Asigurătorul poate rezilia contractul de asigurare conform articolului 4, din prezentul contract dacă Contractantul și/sau Asiguratul au furnizat până la data încheierii contractului de asigurare informații false și/sau incomplete.

**(2)** Asigurătorul poate rezilia contractul de asigurare conform articolului 10, din prezentul contract în cazul în care Contractantul nu achită sau nu achită complet primele de asigurare.

**(3)** Rezilierea contractului de către Asigurător, conform alineatului (1), se poate aplica întregului contract de asigurare sau doar persoanelor individuale asigurate, în cazul acoperirii mai multor Asigurați prin același contract.

**(4)** În cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul obțin în mod fraudulos sau prin orice alte acte care încalcă principiul bunei credințe protecția prin asigurare și/sau plăți ale asigurării, Asigurătorul poate rezilia întregul contract de asigurare. În acest caz, nu este admisă nicio pretenție din partea Contractantului cu privire la contractul de asigurare. În cazul plăților deja efectuate de Asigurător, Contractantul trebuie să restituie imediat Asigurătorului cuantumul acestora.

**(5)** Rezilierea contractului conform alineatelor (1)-(4) de mai sus se va face printr-o simplă notificare fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, începând cu data trimiterii notificării (data poștei).

### **Art. 18 Rezilierea contractului de asigurare de către Contractant**

**(1)** Contractantul are dreptul să rezilieze contractul printr-o notificare scrisă fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în termen de 20 zile de la primirea poliței de asigurare. În acest caz, Asigurătorul îi va returna Contractantului prima de asigurare.

**(2)** Contractantul are în anumite condiții dreptul de a revoca contractul printr-o notificare scrisă în termen de 20 zile de la primirea poliței de asigurare, dacă conținutul poliței de asigurare derogă de la conținutul cererii de asigurare (vezi articolul 5). În acest caz, Asigurătorul îi va returna Contractantului prima de asigurare.

**(3)** Dacă se reziliază o parte a contractului de asigurare din inițiativa Asigurătorului, Contractantul poate rezilia în scris, în același moment restul contractului de asigurare.

**(4)** Rezilierea de către Contractant se poate referi la întregul contract de asigurare sau la anumiți Asigurați.

### **Art. 19 Alte motive de încetare a contractului de asigurare**

**(1)** În cazul decesului Contractantului contractul de asigurare încetează de drept imediat din momentul decesului.

**(2)** Prin derogare de la prevederile alineatului (1) în cazul decesului Contractantului, Asigurații au dreptul să solicite în scris în decurs de o lună, continuarea contractului în aceleași condiții de asigurare.

**(3)** În cazul decesului unui Asigurat, cea parte a contractului încetează de drept în momentul decesului.

**(4)** În cazul pronunțării unei hotărâri definitive de declarare a falimentului Contractantului contractul de asigurare încetează de drept imediat.

**(5)** Prin derogare de la prevederile alineatului (4) Asigurații au dreptul ca, în cazul pronunțării unei hotărâri definitive de declarare a falimentului Contractantului, să solicite în scris în decurs de o lună continuarea contractului în aceleași condiții de asigurare.

**(6)** Dacă Contractantul își mută sediul/domiciliul în afara granițelor României, contractul de asigurare încetează de drept în momentul mutării.

**(7)** Prin derogare de la prevederile alineatului (6) Asigurații au dreptul, în cazul mutării din România a Contractantului, să solicite în scris în decurs de o lună continuarea contractului de asigurare în condițiile de până atunci.

**(8)** În cazul mutării unui Asigurat din România, cea parte a contractului încetează de drept în momentul mutării.

**(9)** În cazul persoanelor care dobândesc statutul de Asigurat pe parcursul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare, contractul de asigurare încetează în același moment cu cel al încetării contractului persoanelor asigurate inițial.

### **Art. 20 Data expirării contractului de asigurare**

Contractul de asigurare încetează după un an de la data încheierii acestuia.

## **Capitolul VI. Alte dispoziții**

### **Art. 21 Înștiințări, notificări, soluționarea litigiilor**

**(1)** Orice document referitor la contractul de asigurare este valabil doar dacă a fost făcut în formă scrisă. Comunicările verbale nu vor fi luate în considerare de către nici una dintre părțile contractante.

**(2)** Orice declarații/documente ale Asigurătorului sunt valabile numai dacă au fost eliberate de la sediul sau punctele de lucru ale acestuia, cu însemnele și semnăturile persoanelor împuternicite ale Asigurătorului.

**(3)** Datele de contact la care părțile (Asigurătorul, Contractantul și/sau Asiguratul) primesc corespondența sunt cele prevăzute în cererea de asigurare sau alte înscrisuri prin care aceștia își anunță modificarea adreselor. Orice modificări ale datelor de contact trebuie aduse la cunoștință

celeilalte părți în termen de maxim 7 zile. Dacă acest lucru nu se realizează, partea își îndeplinește obligația de notificare și/sau declarare dacă a expediat înscrisul său către ultima adresă cunoscută a celeilalte părți (care și-a schimbat adresa).

**(4)** Contractantul și Asigurătorul vor încerca rezolvarea amiabilă a unor eventuale divergențe cu privire la încheierea, executarea și interpretarea contractului de asigurare. Dacă acest lucru nu este posibil pe cale amiabilă, într-un termen rezonabil, decizia va aparține instanțelor de judecată competente de la domiciliul/sediul părții.

**Art. 22 Statutul intermediarului**

**(1)** Intermediarul nu este îndreptățit să ofere declarații în numele Asigurătorului.

**(2)** Intermediarul nu are dreptul de a prelua, în numele Asigurătorului, declarații ale Contractantului sau viitorului Contractant, ale Asiguratului sau ale viitorului Asigurat.

**(3)** Intermediarul nu este îndreptățit să încheie convenții verbale cu Contractantul sau viitorul Contractant, cu Asiguratul sau viitorul Asigurat.

**(4)** Intermediarul nu este îndreptățit să facă promisiuni în legătură cu includerea în asigurare de prestații medicale.

**(5)** Intermediarul nu este îndreptățit să preia prime de asigurare de la Contractant cu excepția primei inițiale de asigurare, în cazul în care acest lucru este menționat explicit în contractul de colaborare cu intermediarul asigurării.

**Art. 23 Modificări ale contractului de asigurare**

**(1)** Contractul de asigurare poate fi modificat de către Asigurător chiar și pentru perioada încă neterminată a anului de asigurare, în următoarele situații:

**a)** în cazul unei modificări de durată a situației din cadrul sistemului de sănătate românesc;

**b)** în cazul ineficacității condițiilor generale de asigurare sau ale unor părți ale condițiilor generale de asigurare;

**c)** în cazul adoptării/modificării unor legi care impun modificări ale contractului de asigurare.

**(2)** Noile prevederi ale contractului de asigurare vor corespunde, în termeni economici și legali, celor înlocuite și nu vor dezavantaja Contractantul și Asigurații mai mult decât se impune.

**(3)** Noile prevederi ale contractului de asigurare intră în vigoare începând cu data de întâi a lunii care urmează celei în care Asigurătorul a informat Contractantul.

**Art. 24 Derogări de la condițiile generale de asigurare**

**(1)** Părțile Contractante pot conveni asupra unor reglementări derogatorii de la condițiile generale de asigurare. Convenția necesită formă scrisă. Convenția are prioritate față de condițiile generale de asigurare.

**(2)** Convenția nu poate încălca prevederile legislației române.

**Art. 25 Elemente tehnice**

Prin prezentul contract de asigurare nu se acordă valori de răscumpărare și nu este posibilă participarea la profit.

**Art. 26 Intrarea în vigoare a condițiilor generale de asigurare**

**(1)** Prezentele condiții generale de asigurare au fost aprobate de către Directoratul SIGNAL IDUNA Asigurări de Viață S.A..

**(2)** Prezentele condiții de asigurare sunt valabile pentru contracte de asigurare care intră în vigoare începând cu data de 20.08.2008.

Președinte al Directoratului  
Leslie J. Breer



Vicepreședinte al Directoratului  
Tiberiu Maier

