

Condiții generale de asigurare

Capitolul I. Termeni și definiții

Accident: Eveniment brusc, întâmplător, extern, produs independent de voința Asiguratului, care prin acțiunea asupra corpului, provoacă afectarea stării de sănătate a Asiguratului, independent de orice boală a Asiguratului.

Asigurat: Persoană fizică care locuiește în România și care este îndreptățită să primească Servicii Medicale cuprinse în Contractul de asigurare.

Asigurător: SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A., persoană juridică română autorizată să exercite activități de asigurare de sănătate.

Boală: O stare anormală care afectează funcțiile organismului Asiguratului și care este diagnosticată de către un medic autorizat.

Tulburare: Orice manifestare și/ sau simptom care indică o deteriorare a stării de sănătate.

Vătămare corporală: Orice deteriorare morfologică a unui organ, țesut, sistem sau a întregului organism.

Call Center: Serviciu prin care pot fi solicitate informații cu privire la Contractul de asigurare și/sau Lista rețelei de Furnizori de Servicii Medicale precum și prin care pot fi efectuate programări.

Card al Asiguratului: Documentul primit de către Asigurat care va fi prezentat Furnizorului de Servicii Medicale înainte de efectuarea oricărui Serviciu Medical și care conține informații cu privire la Asigurat și la Produsul de asigurare ales.

Catalogul prestațiilor: Servicii Medicale acoperite prin asigurare ce pot fi accesate de către Asigurat în cadrul acoperirii alese prin Contractul de asigurare.

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

Cerere de asigurare: Document prin care Asigurătorul solicită informații relevante care sunt importante pentru evaluarea riscului de preluat prin asigurare.

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, Condițiile de asigurare ale Produsului, Catalogul prestațiilor, lista Rețelei de Furnizori de Servicii Medicale, cardul Asiguratului și, după caz, alte clauze speciale convenite între părți.

Diagnosticare: Servicii Medicale întreprinse de Furnizorul de Servicii Medicale utilizate în scopul examinării medicale a Asiguratului.

Evaluarea riscului de preluat: Procedura prin care Asigurătorul verifică dacă, și după caz, în ce condiții va asigura viitorul Asigurat. 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 Asigurat, medici și/sau instituții medicale.

Condiție medicală preexistentă: orice Boală, Tulburare sau Vătămare corporală existentă la data intrării în asigurare.

Eveniment asigurat: Servicii Medicale furnizate ca urmare a unei Boli, Tulburări, Vătămări corporale sau a unui Accident pe durata valabilității Contractului de asigurare, sau Servicii Medicale în legătură cu sarcina și/ sau nașterea, în măsura în care Produsul de asigurare prevede astfel de Servicii Medicale specifice.

Furnizor de Servicii Medicale: Medic, personal medical și/sau instituție medicală care sunt autorizate și licențiate de autoritățile competente să presteze Servicii Medicale conform nivelului universal de cunoaștere medicală și care acționează în limitele autorizației primite.

Rețeaua Furnizorilor de Servicii Medicale: Furnizor de Servicii Medicale care

colaborează cu Asigurătorul în vederea decontării directe a Serviciilor Medicale.

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

Începutul asigurării: Data menționată în Polița de asigurare de la care Contractantul are obligația de plată a primei de asigurare și de la care începe Contractul de asigurare.

Sfârșitul asigurării: Data menționată în Polița de asigurare de la care încetează Contractul de asigurare și acoperirea prin asigurare.

Lună de asigurare: Intervalul de timp scurs între ziua Începutului asigurării aferente lunii curente și ziua anterioară Începutului asigurării din luna următoare.

An de asigurare: 12 luni de asigurare consecutive de la Începutul asigurării.

Tratament: Toate Serviciile Medicale utilizate în scopul evaluării, diagnosticării și/ sau tratării unei Boli, Tulburări, Vătămări corporale sau consecințelor unui accident.

Începutul Tratatamentului: Momentul la care se efectuează pentru prima dată Serviciile Medicale ca urmare a unei Boli, Tulburări, Vătămări corporale.

Încheierea Contractului de asigurare: Data la care ambele părți au agreeat Contractul de asigurare.

Medicina experimentală: Servicii Medicale care nu sunt incluse în practicile general acceptate și utilizate în medicină, care nu sunt predate în cadrul universităților de medicină sau altor instituții de învățământ, care așteaptă aprobarea oficială de la autoritățile statului sau sunt în faza de testare.

Perioada de așteptare: Perioada de la Începutul asigurării în care există obligația plății primelor de asigurare dar în care Asigurătorul nu acoperă Evenimentul asigurat și nici nu plătește Serviciile Medicale.

Produs de asigurare: Servicii Medicale predefinite (vezi Catalogul prestațiilor) acoperite prin asigurare ca urmare a unui Eveniment asigurat în limitele menționate în Contractul de asigurare.

Polița de asigurare: Document scris, emis de către Asigurător, care probează încheierea Contractului de asigurare între Contractant și Asigurător. Polița va fi transmisă Contractantului împreună cu Condițiile generale de asigurare, Condițiile de asigurare ale Produsului, Catalogul prestațiilor, lista Rețelei Furnizorilor de Servicii Medicale, cardul Asiguratului și, după caz, alte clauze speciale convenite între părți.

Condiții de asigurare ale Produsului: Document scris, parte integrantă a Contractului de asigurare, care completează, clarifică sau modifică Condițiile generale de asigurare.

Prima de asigurare: Suma pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului pentru o anumită perioadă de timp pentru acoperirea prin asigurare și a cărei valoare este specificată în Contractul de asigurare.

Servicii Medicale în regim ambulatoriu: Servicii Medicale, necesare din punct de vedere medical pentru tratarea Bolilor, Tulburărilor și Vătămărilor corporale și care nu sunt efectuate în timpul spitalizării Asiguratului.

Spital: Instituție medicală autorizată de autoritățile competente și licențiată să efectueze Servicii Medicale conform nivelului universal de cunoaștere medicală și care acționează în limitele autorizației primite.

Servicii Medicale incluse în regim de spitalizare: Servicii Medicale necesare din punct de vedere medical pentru tratarea Bolilor, Tulburărilor și Vătămărilor corporale, și care sunt efectuate pe durata spitalizării Asiguratului ce include cel puțin o noapte de ședere.

Tratament paliativ: Orice tip de îngrijire medicală sau Tratament administrat care se adresează în special diminuării simptomelor unei boli și mai puțin opririi evoluției acesteia, întârzierii apariției sau recăderii, vindecării acesteia. Scopul acestui Tratament este prevenirea și alinarea suferinței precum și îmbunătățirea calității vieții în cazul bolilor severe, complexe.

Tratament profilactic: Orice Tratament aplicat în scopul menținerii stării de sănătate și/sau prevenirii răspândirii bolii.

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 efectuării Serviciului Medical, este argumentată desfășurarea sa. Asigurătorul este îndreptățit să analizeze și să stabilească (conform nivelului universal de cunoaștere medicală) dacă Tratamentul este necesar din punct de vedere medical.

Acoperirea prin asigurare: protecția acordată de Asigurător prin Contractul de asigurare.

Capitolul II. Reglementări generale

Articolul 1. Obiectul Contractului de asigurare

(1) 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 (cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului), în condițiile prezentului Contract de asigurare, Serviciile Medicale efectiv prestate Asiguratului și cuprinse în Produsul de asigurare.

Articolul 2. Obiectul și întinderea acoperirii prin asigurare

(1) Asigurătorul oferă acoperire prin asigurare numai pentru costurile Tratamentelor necesare din punct de vedere medical ca urmare a unei Boli, Tulburări sau Vătămări corporale, în limitele menționate în Contractul de asigurare.

(2) Întinderea acoperirii prin asigurare reiese din Polița de asigurare, Condițiile generale de asigurare, Condițiile de asigurare ale Produsului, Catalogul prestațiilor, clauze speciale și înțelegeri scrise agreeate între părți.

Articolul 3. Teritorialitatea

(1) Acoperirea prin asigurare se limitează la Serviciile Medicale efectuate pe teritoriul României, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului.

Capitolul III. Reglementări premergătoare încheierii Contractului

Articolul 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 45 zile calendaristice 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.

În cazul acceptării ofertei de continuare a Contractului și în cazul în care toate condițiile menționate în ofertă sunt îndeplinite, Contractul de asigurare poate continua în condițiile menționate în ofertă.

În cazul neacceptării ofertei de continuare a Contractului în termen de 14 zile calendaristice 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 Serviciilor

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 de către Contractant conform alineatelor (1) și/sau (2) influențează producerea Evenimentului asigurat și/sau acoperirea prin asigurare, Asigurătorul are dreptul de a nu efectua plata Serviciilor 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.

În cazul în care noua ofertă de asigurare este acceptată și Contractantul este de acord cu plata voluntară a Asigurătorului pentru Serviciile Medicale necuvenite, Contractantul are obligația plății pentru restul sumei în termen de 14 zile calendaristice de la data acceptării noii oferte de asigurare. În caz contrar, Asiguratul nu este îndreptățit să beneficieze de Servicii Medicale în baza Contractului de asigurare, indiferent dacă prima de asigurare a fost sau nu achitată la zi.

(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

Articolul 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 (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 20 zile calendaristice 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, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului. Stabilirea vârstei se determină ca fiind vârsta împlinită a Asiguratului la data Începutului asigurării.

(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, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului. Acoperirea prin asigurare a minorului nu poate fi încheiată pentru un Produs de asigurare mai cuprinzător decât cel al unui părinte, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului.

Articolul 6. Începerea acoperirii prin asigurare

(1) Acoperirea prin asigurare începe la data menționată în Polița de asigurare (Începutul 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, acoperirea suplimentară se va aplica de la data modificărilor convenite.

(2) Pentru Serviciile Medicale efectuate înainte de începerea acoperirii prin asigurare sau pentru Servicii Medicale efectuate după Sfârșitul asigurării Asigurătorul nu își asumă răspunderea cu privire-la acoperirea acestora.

Articolul 7. Perioada de așteptare

(1) Perioada de așteptare intră în vigoare în prima zi de la Începutul asigurării și este aplicabilă fiecărui Asigurat.

(2) Perioada de așteptare este de 4 luni pentru Servicii Medicale în regim de spitalizare.

(3) Perioada de așteptare este de 10 luni pentru Servicii Medicale în legătură cu nașterea.

(4) În cazul Serviciilor Medicale în regim ambulatoriu nu se aplică perioada de așteptare.

(5) În cazul Serviciilor Medicale incluse în regim de spitalizare ca urmare a unor accidente perioada de așteptare nu se aplică.

(6) În situația în care Asiguratul a beneficiat în trecut neîntrerupt de un Produs de asigurare oferit de către Asigurător, Produs care a inclus Servicii Medicale în regim de spitalizare sau Servicii Medicale în legătură cu nașterea, perioada de așteptare deja consumată va fi dedusă din durata maximă a acesteia de 4, respectiv 10 luni. Perioada de așteptare ramasă, dacă este cazul, va fi perioada de așteptare valabilă pentru perioada de asigurare curentă.

Articolul 8. Durata Contractului de asigurare

(1) Durata Contractului de asigurare este menționată în Polița de asigurare.

Articolul 9. Calculul primelor de asigurare

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

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

(2) În cazul Contractelor de asigurare cu o durată mai mare de un an de zile, prima de asigurare depinde și de creșterea prețurilor Serviciilor Medicale. Asigurătorul poate ajusta cuantumul primei de asigurare utilizând în acest sens indicatorul publicat de INS (Institutul Român de Statistică) pentru inflația aferentă Serviciilor Medicale, indicator care este utilizat în calcularea indicelui prețului de consum (IPC), la care se poate adăuga până la maxim 10%. În același mod poate fi ajustată copleta, dacă aceasta este aplicabilă.

Asigurătorul va informa Contractantul cu cel puțin 4 săptămâni înainte de Sfârșitul asigurării cu privire la ajustarea primei de

asigurare. Această informare va conține noua valoare a primei de asigurare. În cazul în care Contractantul nu este de acord cu ajustarea primei de asigurare, poate rezilia Contractul în termen de o săptămână de la data primirii notificării de la Asigurător, încetarea Contractului urmând a se aplica începând cu data ulterioară celei până la care prima de asigurare anterioară notificării este aplicabilă.

În cazul în care Contractantul nu transmite o notificare de reziliere a Contractului, se va considera că acesta a luat la cunoștință și a acceptat modificarea primei de asigurare și implicit a Contractului de asigurare.

Pe parcursul Anului de asigurare nu sunt posibile ajustări ale primei de asigurare, cu excepția situațiilor în care Contractantul/ Asiguratul și-au încălcat obligațiile menționate în Articolul 4, alineatele (1) și (2).

Articolul 10. Plata primelor de asigurare

(1) Prima de asigurare este anuală și se calculează din momentul Începutului asigurării. Prima de asigurare trebuie plătită până la Sfârșitul asigurării. În situația în care părți ale Contractului de asigurare încetează pe parcursul derulării lui din orice motiv prima de asigurare trebuie plătită până la sfârșitul părții de Contract.

(2) Frecvența de plată a primelor de asigurare pentru un an Contractual poate fi anuală, semestrială, trimestrială sau lunară în funcție de opțiunea Contractantului.

(3) Plata primelor de asigurare se efectuează prin virament bancar în contul Asigurătorului, cont bancar specificat în Contractul 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 această diferență în termen de 14 zile calendaristice de la data la care Asigurătorul notifică Contractantul cu privire la acest lucru. În cazul în care această diferență nu este achitată în termen de 14 zile calendaristice, 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 mărîtă, acoperirea prin asigurare nu va începe, iar prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare va fi returnată.

(5) În cazul plății primelor cu o frecvență mai mică de un an, primele următoare sunt scadente la datele menționate în Contractul 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, Asiguratul nu poate formula pretenții asupra Serviciilor Medicale 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 Serviciilor Medicale prin asigurare 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, Serviciile Medicale aferente acestora, inclusiv consecințele lor, 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 nicio 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 Serviciilor Medicale.

(10) În conformitate cu prevederile alineatului (8) de mai sus, în cazul în care Asiguratorul a achitat orice Servicii Medicale pentru Evenimente asigurate ce au avut loc după ultima zi pentru care prima de asigurare a fost plătită, Asiguratorul are dreptul de a solicita Contractantului returnarea contravalorii Serviciilor Medicale achitate. Contractantul trebuie să plătească suma datorată în termen de 14 zile de la data la care primește o notificare privind cuantumul acesteia.

Articolul 11. Întinderea obligației de acoperire prin asigurare

(1) Acoperirea prin asigurare cu privire la costurile cu Serviciile Medicale se acordă pentru Tratamente necesare din punct de vedere medical ca urmare a unei Boli, Tulburări, Vătămări corporale sau ca urmare a unui accident.

Pentru Tratamente necesare din punct de vedere medical în legătură cu sarcina și/sau nașterea, există, de asemenea, acoperire prin asigurare, în măsura și în limitele Produsului de asigurare ales.

Asiguratorul are dreptul de a analiza și stabili conform nivelului universal de cunoaștere medicală dacă un Tratement este necesar din punct de vedere medical.

Sarcina probei necesității medicale a unui Tratement este a Contractantului/ Asiguratului.

Articolul 12. Limitele de răspundere ale Asiguratorului/Excluderi

Obligația Asiguratorului de a acoperi Servicii Medicale ca urmare a unui Eveniment asigurat este limitată. Asiguratorul nu își asumă răspunderea cu privire la decontarea Serviciilor 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 unei fapte penale prevăzute de lege;

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

(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) Servicii Medicale care nu sunt necesare din punct de vedere medical;

(13) Servicii Medicale care sunt consecințele unui Tratament prescris și neurmat de către un Asigurat;

(14) Servicii Medicale efectuate Asiguratului de către soți, părinți sau copii;

(15) Servicii Medicale efectuate Asiguratului de către o persoană care nu este licențiată să practice medicina;

(16) tentative de sinucidere, inclusiv urmările acestora;

(17) proteze ale corpului existente în momentul încheierii Contractului, inclusiv înlocuirea lor și urmările lor secundare/îmbolnăvirile secundare;

(18) Servicii Medicale de chirurgie estetică sau orice Tratament efectuat din motive estetice, inclusiv urmările lor;

(19) Servicii Medicale pentru dorința de a avea copii/fertilitate împotriva sterilității, contracepție, avort voluntar, inclusiv urmările acestora;

(20) schimbările sexului, inclusiv urmările acestora;

(21) tuberculoza, infecția HIV, SIDA, inclusiv urmările acestora directe sau indirecte;

(22) îmbolnăvirile mintale, psihice, psihiatrice și tulburările de comportament, inclusiv urmările acestora, Serviciile Medicale psihologice, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului;

(23) Servicii Medicale medico-dentare, inclusiv urmările acestora, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului;

(24) emiterea oricăror documente medicale care nu sunt destinate diagnosticării/ tratării unei Boli, Tulburări și/sau Vătămări corporale;

(25) epidemiilor, pandemiilor recunoscute de către autoritățile competente;

(26) spitalizarea în cadrul următoarelor instituții medicale: spitale de geriatrie și gerontologie, centre de convalescență, centre care furnizează Tratamente de recuperare balneo-kineto-terapeutică, azile, centre de reabilitare, centrele care oferă asistență la domiciliu, spitale de psihiatrie sau secții de psihiatrie ale spitalelor și instituții medicale destinate tratării dependențelor, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului;

(27) Servicii Medicale în legătură cu Tratamentele paliative și/sau profilactice, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului;

(28) Servicii Medicale efectuate și recomandate de către un medic de medicina muncii.

(29) dispozitive medicale utilizate sau recomandate în timpul spitalizării, medicamente sau substanțe utilizate sau recomandate pe durata efectuării Serviciilor Medicale în regim ambulatoriu.

Articolul 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 informații referitoare la Produsul de asigurare, precum și numărul de telefon al Call Center-ului.

(3) 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.

(4) Odată cu încetarea Contractului de asigurare (a unei părți a Contractului), Cardul de Asigurat își pierde valabilitatea și utilizarea sa este interzisă.

(5) Utilizarea cardului de asigurat după terminarea Contractului de asigurare îndreptățește Asiguratorul să solicite daune Contractantului pentru orice pierderi pe care utilizarea cardului le va produce Asiguratorului.

Articolul 14. Call Center

(1) La dispoziția Asiguraților va fi pus un serviciu care servește pentru programare și informare. Orice Serviciu Medical prestat de către unul dintre Furnizorii de Servicii Medicale menționat în Lista Rețelei de furnizori de Servicii Medicale va fi programat numai prin intermediul Call Center-ului, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului.

(2) Prin intermediul Call Center-ului nu se acordă sfaturi medicale. Asiguratorul nu poate fi răspunzător pentru orice declarație a Call Center-ului care poate fi interpretată de către Asigurat ca fiind sfat medical.

(3) Asigurații pot obține de la Call Center informații exacte despre Furnizorii de Servicii Medicale cu care colaborează Asiguratorul.

Articolul 15. Producerea Evenimentului asigurat, plata Serviciilor Medicale

(1) Contractantul primește o Listă a Rețelei de Furnizori de Servicii Medicale cu care Asiguratorul a încheiat un Contract de colaborare. Acoperirea prin asigurare este valabilă numai dacă Serviciile Medicale sunt oferite de acești Furnizori agreeți, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului.

(2) Lista Rețelei de Furnizori 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 Medicale disponibili. Lista actualizată va fi publicată pe internet, la adresa Asiguratorului. Anumiți medici sau Servicii Medicale pot să nu fie disponibili pentru decontarea directă a Serviciilor Medicale în cadrul Rețelei de Furnizori de Servicii Medicale.

(3) Asigurații pot beneficia de serviciile Furnizorilor de Servicii Medicale cu care Asiguratorul are încheiat un Contract de

colaborare de pe întreg teritoriul țării, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului.

(4) Contractantul primește Catalogul prestațiilor medicale cuprinse în Produsul său de asigurare.

(5) Decontarea Serviciilor Medicale se face direct între Furnizorul de Servicii Medicale și Asigurator, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului. În cazul în care s-au efectuat Servicii Medicale care nu sunt cuprinse în Produsul de asigurare, Furnizorul de Servicii Medicale va face decontarea acestora direct cu Asiguratul/pacientul. În cazul în care Asiguratorul a achitat deja Furnizorului de Servicii Medicale Serviciile Medicale care sunt menționate în Catalogul prestațiilor medicale dar nu sunt acoperite, Contractantul este obligat să restituie Asiguratorului contravaloarea acestora în termen de 14 zile calendaristice de la data notificării împreună cu orice daune/pierderi suferite de către Asigurator ca urmare a acestor Servicii Medicale. În cazul în care Contractantul nu restituie suma datorată în termen de 14 zile calendaristice, Asiguratorul poate rezilia Contractul de asigurare sau partea Contractului aferentă Asiguratului fără nicio formalitate prealabilă și fără intervenția instanțelor de judecată.

(6) Serviciile Medicale necesită o aprobare anterioară a Asiguratorului; ele trebuie solicitate de către Contractant sau de către Asigurat la Call Center, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului. În cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul nu respectă aceste obligații, Asiguratorul nu își asumă răspunderea cu privire la decontarea Serviciilor Medicale. Aprobarea anterioară a Asiguratorului nu exonerează Contractantul/ Asiguratul de obligația sa de returnare a costului Serviciilor Medicale neacoperite prin asigurare în cazul încălcării obligațiilor menționate în Contractul de asigurare.

(7) Contractantul și Asiguratul sunt obligați să furnizeze, la solicitarea Asiguratorului, orice informație și documente necesare în vederea evaluării Evenimentului asigurat, stării de sănătate sau a obligației de plată a Asiguratorului și a cuantumului sumei de plată. La cererea Asiguratorului, 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 Serviciilor Medicale. În cazul în care Asigurătorul a achitat deja Furnizorului de Servicii Medicale Serviciile Medicale neacoperite prin asigurare, Contractantul/Asiguratul este obligat să restituie Asigurătorului contravaloarea acestora în termen de 14 zile calendaristice de la data la care Asigurătorul notifică Contractantul cu privire la cuantumul acestora. În cazul în care Contractantul nu restituie suma datorată în termen de 14 zile calendaristice, Asigurătorul poate rezilia Contractul de asigurare sau partea Contractului aferentă Asiguratului fără nicio formalitate prealabilă și fără intervenția instanțelor de judecată.

(8) Asigurătorul este îndreptățit să solicite medicilor, personalului medical și/sau instituțiilor medicale documente medicale cu privire la starea de sănătate a Asiguratului și toate datele medicale referitoare la Evenimentul asigurat în scopul evaluării obligației sale de plată.

(9) Pe parcursul analizei unei solicitări de la un Asigurat, în scopul stabilirii acoperirii acestuia de către Produsul de asigurare (condiție preexistentă și/sau investigarea necesității medicale), Asigurătorul are dreptul de a suspenda acoperirea prin asigurare pentru orice Servicii Medicale care au legătură cu respectiva solicitare.

(10) Contractantul și/sau Asiguratul va primi răspunsul (acceptul sau refuzul) privind acoperirea unui Serviciu Medical, ca regulă, în maxim două zile lucrătoare de la data solicitării acestuia, prin intermediul Call Center-ului. În cazul în care vor fi necesare documente și/sau un consult medical al Asiguratului, acestea vor fi solicitate și/sau determinate în cursul acestor două zile. În acest caz Contractantul și/sau Asiguratul vor primi un răspuns (acceptul sau refuzul) în ceea ce privește acoperirea Serviciilor Medicale în termen de două zile lucrătoare, ca regulă, de la data la care documentele solicitate complete și corecte au fost primite de către Asigurător. Asigurătorul comunică această hotărâre Contractantului/Asiguratului/familiei Asiguratului prin intermediul Call Center-ului, ca regulă, în termenul de două zile menționat mai sus.

(11) Asigurătorul va efectua programarea Serviciilor Medicale în cel mai scurt timp posibil din momentul aprobării, în conformitate cu prevederile Condițiilor de asigurare ale Produsului, în limitele orarului și disponibilității Furnizorilor de Servicii Medicale și în conformitate cu preferințele Asiguratului.

(12) Asiguratul trebuie să prezinte Furnizorului de Servicii Medicale înainte de efectuarea oricărui Serviciu Medical Cardul de Asigurat și actul său de identitate.

(13) În cazul în care Asiguratul nu poate respecta programarea pentru Servicii Medicale stabilită de către Asigurător, aceasta trebuie anulată la Call Center cu cel puțin 24 de ore înainte de data acesteia. 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.

(14) La cerere, Asiguratul poate avea acces la documentele medicale deținute de către Asigurător pentru Serviciile Medicale incluse în Produsul de asigurare. De asemenea, tot la cerere, pot fi furnizate, dacă acest lucru nu contravine drepturilor unor terțe părți, copii ale actelor care servesc pentru stabilirea obligației de plată, a motivului și a valorii acesteia.

(15) Acoperirea prin asigurare încetează - și pentru Cazurile de asigurare în derulare - odată cu încetarea Contractului de asigurare (respectiv a părții de Contract a Asiguratului), cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului.

(16) 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.

(17) În cazul în care Contractantul (Asiguratul) nu este de acord cu refuzul acoperirii unui Serviciu Medical solicitat, el trebuie să notifice în scris Asigurătorul în legătură cu dezacordul său în decurs de o lună de la data la care Asigurătorul a notificat Contractantul (Asiguratul) cu privire la refuzul acestuia.

(18) Pretențiile cu privire la plățile Serviciilor Medicale nu pot fi cesionate sau gajate.

(19) Răspunderea Asiguratorului în cazul unei decizii greșite conform alineatului (10) este limitată la costul Serviciilor Medicale refuzate.

Articolul 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 Asiguratorului până la limita plății Contractului de asigurare.

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

Capitolul V. Încetarea Contractului

Articolul 17. Rezilierea Contractului de asigurare de către Asigurator

(1) Asiguratorul poate rezilia Contractul de asigurare conform Articolului 4 dacă Contractantul și/sau Asiguratul au furnizat până la data încheierii Contractului de asigurare informații false și/sau incomplete.

(2) Asiguratorul poate rezilia Contractul de asigurare conform Articolului 10 în cazul în care Contractantul nu achită sau nu achită complet primele de asigurare.

(3) Rezilierea Contractului de către Asigurator, 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 acoperirea prin asigurare și/sau plăți ale asigurării, Asiguratorul 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 Asigurator, Contractantul trebuie să restituie imediat Asiguratorului 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).

(6) În cazul în care Contractul de asigurare este reziliat, Asiguratorul are dreptul de a compensa orice sume datorate de către Contractant Asiguratorului cu valoarea primelor de asigurare ce trebuie restituite.

(7) În cazul în care Contractantul nu achită orice sumă datorată Asiguratorului, Asiguratorul are dreptul de a rezilia Contractul.

Articolul 18. Rezilierea Contractului de asigurare de către Contractant

(1) Contractantul are dreptul să rezilieze Contractul retroactiv, de la data Începutului asigurării, printr-o notificare scrisă fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în termen de 20 zile calendaristice de la primirea Poliței de asigurare. În acest caz, Asiguratorul îi va returna Contractantului prima de asigurare achitată.

(2) Contractantul are în anumite condiții dreptul de a revoca Contractul printr-o notificare scrisă în termen de 20 zile calendaristice de la data primirii Poliței de asigurare, dacă conținutul Poliței de asigurare derogă de la conținutul cererii de asigurare (vezi Articolul 5). În acest caz, Asiguratorul îi va returna Contractantului prima de asigurare achitată.

În cazul în care Asiguratul a beneficiat deja de acoperire prin asigurare, valoarea Serviciilor Medicale va fi dedusă din prima ce trebuie restituită. În cazul în care această valoare excede primele încasate, Contractantul va fi obligat să achite Asiguratorului diferența.

(3) Dacă se reziliază o parte a Contractului de asigurare din inițiativa Asiguratorului, 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.

(5) Dacă Asiguratorul achită în mod voluntar Servicii Medicale efectuate de către Asigurat, în cazul în care Contractul este reziliat de către Contractant, Asiguratorul are dreptul de a solicita Contractantului restituirea plății voluntare efectuate.

Articolul 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 schimbării adresei de corespondență din România a unui Asigurat, cea parte a Contractului încetează de drept în momentul schimbării adresei.

(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.

Articolul 20. Data încetării Contractului de asigurare, Sfârșitul asigurării

(1) Contractul de asigurare încetează după un an de la data încheierii acestuia, cu excepția situațiilor menționate în Condițiile de asigurare ale Produsului.

Capitolul VI. Alte prevederi

Articolul 21. Înștiințări, notificări, soluționarea litigiilor

(1) Orice document referitor la Contractul de asigurare este valabil doar dacă a fost făcut în limba română, în formă scrisă, semnat de către partea emitentă și expediat celeilalte părți la adresa menționată de aceasta în Contractul de asigurare. Comunicările verbale nu vor fi luate în considerare de către nici una dintre părțile Contractante. Un document este considerat a fi trimis în termen dacă data expedierii lui este în termenul Contractual.

(2) Orice declarații/documente ale Asiguratorului sunt valabile numai dacă au fost eliberate de la sediul central cu însemnele și semnăturile persoanelor împuternicite ale Asiguratorului.

(3) Datele de contact la care părțile (Asiguratorul, 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 de la data modificării. 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 Asiguratorul 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 pârâtului, iar în cazul în care Contractantul este o persoană juridică, decizia va aparține instanțelor de judecată competente de la sediul Asiguratorului.

Articolul 22. Statutul intermediarului

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

(2) Intermediarul nu are dreptul de a prelua, în numele Asiguratorului, 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 Servicii Medicale.

(5) Intermediarul nu este îndreptățit să preia prime de asigurare pentru Contracte de asigurare de la Contractant.

Articolul 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 adoptării/modificării unor legi care impun modificări ale Contractului de asigurare;
c) în cazul ajustării primei de asigurare sau modificării coplății conform prevederilor Articolului 4, alineatul (3).

(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 în termen de 30 zile

calendaristice de la data la care Asigurătorul a informat Contractantul sau de la o altă dată agreată de către părți.

Articolul 24. Derogări de la Condițiile generale de asigurare

(1) Părțile Contractante pot conveni asupra unor reglementări derogatorii de la Condițiile generale de asigurare. Aceste derogări necesită formă scrisă, în caz contrar acestea nu vor fi valabile. Aceste derogări au prioritate față de Condițiile generale de asigurare.

(2) Derogările menționate la alineatul (1) nu pot încălca prevederile legislației române.

Articolul 25. Elemente tehnice

(1) Prin prezentul Contract de asigurare nu se acordă valori de răscumpărare și nu este posibilă participarea la profit.

(2) Moneda Contractului de asigurare este menționată în Contractul asigurare.

Articolul 26. Intrarea în vigoare a Condițiilor generale de asigurare

(1) Prezentele Condiții generale de asigurare au fost aprobate de către Directoratul SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A..

(2) Prezentele Condiții generale de asigurare sunt valabile pentru Contracte de asigurare care intră în vigoare începând cu data de 01.04.2015.