

Anexa 3 la Contractul Nr. 2E2131038/ 29.11.2021  
SINDICATUL NATIONAL AL GREFEI JUDICIARE DICASTERIAL

# CONDIȚII DE ASIGURARE

## ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ

*Cuprins*

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PRIVIND ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ .....	3
1. OBIECTUL ASIGURĂRII .....	10
2. ACCESUL LA SERVICIILE MEDICALE DE SĂNĂTATE .....	11
3. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE .....	11
4. ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE .....	12
5. REÎNNOIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE .....	13
6. PERSOANELE CARE NU POT FI ASIGURATE .....	13
7. SUMA ASIGURATĂ .....	13
8. PLATA PRIMEI DE ASIGURARE .....	14
9. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE.....	15
10. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI/CONTRACTANTULUI .....	15
11. DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE .....	16
12. EXCLUDERI .....	18
13. DECLARAȚII FALSE.....	20
14. CORESPONDENȚA OFICIALĂ .....	20
15. PIERDEREA SAU DISTRUGEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE .....	20
16.TERITORIALITATE .....	20
17. DURATA ASIGURĂRII.....	20
18. CONFIDENȚIALITATEA INFORMAȚIILOR .....	20
19. IMPOZITE, TAXE ȘI ONORARII .....	21
20. PREVEDERI FINALE .....	21
CONDIȚII SPECIALE - ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ.....	23
1. SERVICIILE Call Center.....	23
2. CONTROLUL ANUAL PERIODIC în Rețeaua privată de sănătate .....	24
3. CONSULTAȚII MEDICALE în Rețeaua privată de sănătate.....	24
4. SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ în Rețeaua privată de sănătate.....	24
5. SERVICII MEDICALE STOMATOLOGICE în Rețeaua privată de sănătate .....	24
6. TESTE DE LABORATOR și INVESTIGAȚII DE IMAGISTICĂ în Rețeaua privată de sănătate .....	25
7. SERVICII MEDICALE DE RECUPERARE în Rețeaua privată de sănătate .....	25
8. PROTOCOL SARCINĂ și GIMNASTICĂ GRAVIDE în Rețeaua privată de sănătate .....	25
9. VACCINĂRI în Rețeaua privată de sănătate .....	25
10. SERVICII SPECIALE în Rețeaua privată de sănătate.....	26
CLAUZELE ASIGURĂRII DUMNEAVOASTRĂ .....	27

CONDIȚII DE ASIGURARE CLAUZA SUPLIMENTARĂ PENTRU SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ .....	27
1. OBIECTUL ASIGURĂRII .....	27
2. ÎNCHEIEREA CLAUZEI SUPLIMENTARE .....	28
3. PRIMA DE ASIGURARE .....	28
4. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE .....	28
5. EXCLUDERI .....	29
6. ÎNCETAREA VALABILITĂȚII CLAUZEI SUPLIMENTARE .....	30
7. TERITORIALITATE .....	30
8. CLAUZE NEUZUALE .....	30
CONDIȚII DE ASIGURARE CLAUZA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ.....	31
1. OBIECTUL ASIGURĂRII .....	31
2. ÎNCHEIEREA CLAUZEI SUPLIMENTARE .....	32
3. PRIMA DE ASIGURARE .....	32
4. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE .....	32
5. EXCLUDERI .....	33
7. TERITORIALITATE .....	34
8. CLAUZE NEUZUALE .....	34
CLASIFICAREA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE.....	34

## CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PRIVIND ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ

Condițiile generale de asigurare prezente cuprind următoarele definiții:

- Accident:** orice eveniment survenit brusc, neașteptat, sub acțiunea unei cauze externe și independent de voința **asiguratului** și independent de orice boală fizică sau psihică a acestuia, a cărei consecință directă este producerea unei vătămări corporale documentate medico-legal, care a necesitat tratament și îngrijire medicală.
- Ambulanță:** mijloc de transport, în conformitate cu legislația în vigoare, destinat transportului terestru de persoane bolnave sau rănite, de la locul producerii evenimentului asigurat la cel mai apropiat spital dacă există o urgență medicală stabilită de către medic.
- Anestezie:** administrarea de substanțe medicamentoase cu scopul eliminării durerii în timpul unei operații chirurgicale și/ sau cu ocazia unor diagnosticări invazive. Anestezia poate fi anestezie generală sau anestezie locală.
- Angajat/ Membru activ al Contractantului:** angajatul/ membrul organizației, care la data intrării în vigoare a asigurării este în activitate la locul de muncă sau în delegație/ activ în cadrul organizației, având o perioadă de activitate neîntreruptă de la data angajării/ data aderării la organizație de cel puțin 30 de zile.
- Aniversare poliță de asigurare:** data la care se împlinește un an întreg de la data de intrare în vigoare a Poliței de asigurare.
- Asigurarea de bază:** contract reglementat prin Condițiile generale de asigurare, la care pot fi atașate Clauze suplimentare.
- Asigurat:** persoana fizică a cărei stare de sănătate face obiectul Contractului de asigurare, cu vârsta minimă de intrare în asigurare de 16 ani împliniți.
- Asigurător:** **Groupama Asigurări S.A.**, cu sediul în str. Mihai Eminescu nr. 45, Sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului sub nr. J40/2857/2010, C.U.I. 6291812, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înscrisă în Registrul asiguratorilor și reasiguratorilor sub nr. RA-009/10.04.2003, Cod lei 549300EO4TPESE4LEE73.
- Autorizare:** acordul **asiguratorului** pentru accesarea următoarelor tipuri de servicii: teste de laborator, teste de diagnosticare, spitalizare, intervenții chirurgicale; autorizarea este adresată direct **asiguratorului** prin intermediul Call Center-ului. Solicitarea trebuie însoțită de documentele medicale solicitate de **asigurator**. Obținerea autorizării nu garantează plata indemnizației de asigurare.
- Beneficiar:** persoana fizică desemnată de **asigurat** în Contractul de asigurare pentru încasarea indemnizației de asigurare în condițiile în care:
- are loc decesul **asiguratului** în urma sau pe durata unui eveniment asigurat în afara Rețelei;
  - decesul **asiguratului** se produce înainte ca acesta să primească indemnizația de asigurare.
- În lipsa desemnării unui **beneficiar**, plata indemnizației de asigurare se va efectua direct către moștenitorii legali ai **asiguratului**.
- Boală:** orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/ sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau ale celor de laborator, specifice. Este considerată boală și orice alterare bruscă a stării de sănătate a unei gravide, care pune în pericol evoluția favorabilă a sarcinii și a stării de sănătate a acesteia sau a fătului.

<b>Call Center:</b>	<p>structură organizatorică pusă la dispoziția <b>asiguratului</b>, disponibilă de luni până vineri, între orele 8:00 - 20:00, la numărul de telefon 021.9767, care îndeplinește următoarele atribuții:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• programarea serviciilor medicale;</li> <li>• autorizarea;</li> <li>• furnizarea de informații telefonice în legătură cu funcționarea și structura Rețelei private de sănătate;</li> <li>• oferă informații despre Contractul de asigurare;</li> <li>• îndrumare pentru orice problemă de sănătate și pentru orice urgență medicală care poate conduce sau nu la spitalizare/ intervenții chirurgicale.</li> </ul>
<b>Cererea de asigurare:</b>	<p>formular propriu al <b>asigurătorului</b> care se completează și semnează de către <b>contractant</b> și <b>asigurător/ intermediar</b> și care conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• datele de identificare ale acestora și pe cele ale <b>beneficiarului</b>;</li> <li>• pachetul de acoperiri și sumele asigurate;</li> <li>• perioada asigurată;</li> <li>• alte date relevante pentru evaluarea riscului preluat în asigurare.</li> </ul>
<b>Certificat de asigurare:</b>	document eliberat de <b>asigurător</b> fiecărui <b>asigurat/</b> fiecărei <b>persoane dependente</b> , care atestă calitatea de <b>asigurat</b> .
<b>Compania de asistență medicală/ furnizor de servicii medicale:</b>	Centrul Medical Unirea S.R.L., cu sediul social în str. Ion Ionescu de la Brad, nr. 5B, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului sub nr. J40/15930/1991, C.U.I. 5919324, denumită în cuprinsul Contractului de asigurare Regina Maria.
<b>Condiție pre-existentă:</b>	<p>orice boală sau vătămare corporală, inclusiv consecințele acestora, care îndeplinește cel puțin una dintre condițiile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a fost diagnosticată de un medic înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare, indiferent dacă a făcut sau nu obiectul îngrijirii și/ sau al tratamentului;</li> <li>• a fost contractată pentru prima oară înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare și nu a fost diagnosticată de un medic înainte de această dată;</li> <li>• simptomele sau semnele sale clinice s-au manifestat pentru prima oară înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare și nu a fost diagnosticată de un medic înainte de această dată;</li> <li>• în urma tratamentului, nu a mai prezentat semne sau simptome și nu a mai necesitat tratament ulterior până la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare, însă prezintă risc medical de recidivă/ recădere ulterioară.</li> </ul>
<b>Consultația medicală:</b>	examinarea <b>asiguratului</b> de către medic în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului.
<b>Contractant:</b>	persoana fizică sau juridică ce încheie Contractul de asigurare cu <b>asigurătorul</b> pentru asigurarea unui risc privind o altă persoană și care se obligă să plătească prima de asigurare. În cazul persoanelor fizice, <b>contractantul</b> poate avea și calitatea de <b>asigurat</b> .

<b>Contractul de asigurare:</b>	<p>actul juridic care se încheie între <b>contractant/ asigurat</b> și <b>asigurător</b>, prin care <b>asigurătorul</b> se obligă ca, la producerea riscului asigurat, să achite indemnizația de asigurare, în termenii și limitele convenite în Contractul de asigurare, în schimbul primei de asigurare plătită de <b>contractant/ asigurat</b>. Contractul de asigurare cuprinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polița de asigurare</li> <li>• Condițiile de asigurare</li> <li>• Cererea de asigurare</li> <li>• Lista de acoperiri</li> <li>• Lista de servicii medicale</li> <li>• Componența Rețelei private de sănătate</li> <li>• alte documente și/ sau condiții speciale convenite între părți</li> </ul>
<b>Coplata:</b>	parte din costul serviciilor medicale ce trebuie plătită de către <b>asigurat</b> Rețelei private de sănătate pentru serviciile medicale incluse în asigurare.
<b>Costul serviciilor medicale:</b>	suma care se plătește de către <b>asigurător</b> Rețelei private de sănătate/ <b>asiguratului</b> pentru serviciile medicale prestate în urma producerii riscului asigurat. Costul serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare/ plată a indemnizației și sunt emise de Rețeaua privată de sănătate sau de spitale publice sau private din afara Rețelei.
<b>Diagnosticare:</b>	procesul de identificare de către medic a unei afecțiuni medicale în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice.
<b>Documente de decontare:</b>	documente eliberate de Rețeaua privată de sănătate sau de spitale publice sau private din afara Rețelei pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale prestate unui <b>asigurat</b> .
<b>Durata asigurării:</b>	perioada de timp delimitată de data intrării în vigoare și data expirării Poliței de asigurare în care Contractul de asigurare își produce efectele.
<b>Evaluarea riscului:</b>	<p>proces premergător încheierii poliței de asigurare, prin care <b>asigurătorul</b> verifică dacă și, după caz, în ce condiții va acorda acoperire prin asigurare potențialului <b>asigurat</b>, respectiv potențialului grup de persoane asigurate. Vor fi luate în considerare, printre altele, structura grupului de persoane, vârsta, ocupația, starea sănătății <b>asiguratului</b>, sporturile și hobbyurile practicate.</p> <p>Pe lângă informațiile declarate de către <b>contractant</b> în Cererea de asigurare (și de către asigurat în cererea-chestionar, după caz), <b>asigurătorul</b> poate solicita informații suplimentare și/ sau documente medicale de la medici și/ sau unități medicale.</p>
<b>Excluderi din asigurare:</b>	situațiile expres prevăzute în Condițiile de asigurare în care <b>asigurătorul</b> este exonerat de obligația de plată a indemnizației/ prestației din asigurare, deși riscul asigurat s-a produs.
<b>Furnizor de servicii medicale:</b>	unitate medicală, autorizată de Ministerul Sănătății din România, sau de autoritățile țării în care sunt prestate serviciile medicale, care furnizează serviciile medicale cuprinse în Contractul de asigurare și care emite documente justificative de decontare pentru serviciile medicale prestate.
<b>Hotline:</b>	serviciul telefonic medical de urgență, disponibil 24h/7 și asigurat de un cadru medical, care poate fi accesat prin apelarea numărului de telefon 021 9942 (plus tasta 1 pentru adulți și tasta 2 pt copii), prin care se poate obține îndrumare și sfatul medicului pentru orice urgență medicală.

- Indemnizație de asigurare:** suma de bani care trebuie plătită de **asigurător** în cazul producerii riscului asigurat, în limita maximă a sumei asigurate și corespunzător Pachetului de acoperiri achiziționat.
- Intervenție chirurgicală:** orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra persoanei asigurate de către un medic chirurg, pe durata unei internări în spital, sub anestezie locală sau generală, care implică efectuarea unei incizii, sau utilizarea unor metode alternative mai puțin invazive precum laser, radiofrecvență, embolizare, sau alte tehnici care nu implică obligatoriu o incizie, procedură care determină o modificare ireversibilă de țesut sau organ, considerată necesară de către un medic specialist, în scopul vindecării sau ameliorării unei boli sau vătămări corporale suferite de persoana asigurată ca urmare a unui accident și care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății.
- Lista serviciilor medicale:** lista tuturor serviciilor medicale de care poate beneficia **asiguratul** prin Pachetul de acoperiri conform prezentului Contract de asigurare.
- Medic:** persoană care deține o autorizație valabilă de liberă practică eliberată de autoritățile competente.
- Naștere:** act fiziologic prin care fătul este expulzat sau extras din cavitatea uterină.
- Pachet de acoperiri:** totalitatea serviciilor medicale acoperite, prin achiziționarea asigurării și menționate în Polița de asigurare.
- Perioada de așteptare:** perioada de timp, calculată de la data intrării în vigoare a asigurării, perioadă în care este exclusă răspunderea **asigurătorului**. Pentru această perioadă există obligația de plată a primelor de asigurare, dar **asigurătorul** nu acoperă evenimentul asigurat și nu plătește indemnizații de asigurare.
- Persoana dependentă:** persoanele fizice - membrii de familie ai angajatului/ membrului organizației asigurat, care îndeplinesc criteriile de eligibilitate stabilite prin Contractul de asigurare, respectiv prin prezentele condiții de asigurare.  
**Persoana dependentă** are aceleași drepturi în contract ca și **asiguratul**, pentru serviciile oferite prin Contractul de asigurare, iar **contractantul** datorează plata primei de asigurare **asigurătorului** pentru fiecare **persoană dependentă**.
- Polița de asigurare:** document eliberat de **asigurător** care atestă încheierea Contractului de asigurare.
- Primă de asigurare:** suma de bani datorată de **contractant/ asigurat**, în schimbul asumării riscului de către **asigurător**, calculată în funcție de evaluarea riscului și de tipul Pachetului de acoperiri contractat. În cazul unui risc crescut față de nivelul de risc standard, stabilit de **asigurător** potrivit propriilor sale criterii, se pot stabili prime de asigurare suplimentare, numite extraprime.
- Procedură medicală:** orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic, preventiv, terapeutic ori de reabilitare, exceptând anamneza.
- Procedura chirurgicală:** procedura sau tehnica medicală efectuată în regim ambulatoriu (fără internarea **asiguratului**), necesară din punct de vedere medical, procedura efectuată inclusiv prin utilizarea unor metode alternative mai puțin invazive precum laser, radiofrecvența, acțiune curativă prin intermediul unui endoscop sau alte tehnici care nu implică obligatoriu o incizie, procedura care implică efectuarea unei anestezii locale, pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de asigurat, ca urmare a consecințelor unui accident sau ale unei boli, care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății.

<b>Serviciu medical:</b>	<p>consultații medicale, tratamente sau investigații medicale efectuate de către personal medical de specialitate, cu competență și autorizare, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România, dintr-o unitate sanitară publică sau privată, autorizată în România; serviciul medical trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) să reprezinte un mijloc de asistență medicală, care să producă o evoluție pozitivă semnificativă și să nu agraveze boala și starea generală de sănătate a <b>asiguratului</b>, mai mult decât orice alt mijloc alternativ de tratament sau asistență medicală;</li> <li>b) să fie o procedură de diagnostic indicată de starea de sănătate a <b>asiguratului</b>, atât pentru afecțiunea sau vătămarea corporală în cauză, cât și pentru starea de sănătate generală;</li> <li>c) în privința diagnosticului, asistenței medicale sau a tratamentului, serviciul sau produsul medical să nu fie mai costisitor (luând în considerare toate cheltuielile implicate) decât orice serviciu sau produs medical alternativ, indicat în afecțiunea sau leziunea în cauză.</li> </ol>
<b>Necesitate medicală:</b>	<p>stare a <b>asiguratului</b> ce impune accesarea serviciilor medicale.</p> <p>Pentru stabilirea necesității medicale și a aplicării serviciului medical în circumstanțele medicale date, <b>asigurătorul</b> va lua în considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informațiile obținute privind starea de sănătate a <b>asiguratului</b>;</li> <li>• literatura medicală de specialitate;</li> <li>• rapoarte și ghiduri medicale publicate de organizațiile naționale de sănătate recunoscute, care includ date științifice concludente;</li> <li>• standarde profesionale de siguranță și eficiență pentru diagnostic, asistență medicală și tratament, recunoscute în România;</li> <li>• opinia unor specialiști medicali recunoscuți în specialitățile implicate de afecțiunea sau leziunea în cauză;</li> <li>• orice altă informație relevantă adusă la cunoștința <b>asigurătorului</b>.</li> </ul>
<b>Reînnoire:</b>	<p>încheierea unei Polițe de asigurare pentru același <b>asigurat</b> sau grup de <b>asigurați</b> în continuarea perioadei de asigurare anterioare.</p>
<b>Rețeaua privată de sănătate:</b>	<p>rețea de furnizori de servicii medicale formată din Regina Maria și clinicile partenere ale acesteia. Acestea se regăsesc în „Lista clinicilor partenere” care este anexă la Contractul de Asigurare, alături de „Lista spitalelor cu decontare directă”. Rețeaua privată de sănătate se poate modifica periodic. Aceasta se poate consulta pe site-ul oficial al <b>asigurătorului</b> <a href="http://www.groupama.ro">www.groupama.ro</a> – Lista Clinicilor Partenere.</p>
<b>Risc asigurat:</b>	<p>eveniment viitor, posibil, incert, definit în prezentele Condiții de asigurare, la producerea căruia asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare - respectiv accesarea de către <b>asigurat</b> a unui serviciu medical necesar din punct de vedere medical, conform pachetului de asigurare și condițiilor de asigurare, care dă naștere obligației <b>asigurătorului</b> de plată a indemnizației de asigurare către persoana asigurată, inclusiv prin acoperirea costului respectivului serviciu direct către prestatorul acestuia, conform prezentelor condiții de asigurare; producerea riscului asigurat dă naștere obligației <b>asigurătorului</b> de plată a indemnizației din asigurare numai dacă aceasta are loc pe durata valabilității asigurării.</p>
<b>Risc standard:</b>	<p>nivel de risc specific, corespunzător criteriilor de vârstă, sănătate, ocupaționale și de altă natură, avute în vedere de <b>asigurător</b> la calculul primelor de asigurare de bază și pentru care protecția prin asigurare este acordată fără plata unei extraprime.</p>
<b>Sistemul asigurărilor sociale de sănătate:</b>	<p>sistem de ocrotire a sănătății populației din România, stabilit prin lege.</p>

<b>Spital:</b>	<p>unitate sanitară, publică sau privată, care deține o licență de spital, care funcționează conform legii și dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate 24 de ore pe zi, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și de servicii de diagnostic și tratament, în regim permanent, pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, instituțiile de recuperare a stării de sănătate, instituțiile pentru tratarea de boli psihice, centrele de îngrijire, casele de odihnă, sanatoriile și cabinetele fizioterapeutice, secțiile din spitale destinate recuperării medicale (fizioterapie și kinetoterapie) nu sunt considerate spitale.</p> <p><b>Asiguratul</b> poate beneficia de servicii medicale în spitalele din Rețeaua <b>asiguratorului</b> sau din afara Rețelei, conform Contractului de asigurare.</p>
<b>Spitalizare:</b>	<p>perioada continuă de internare într-un spital, cu cazare pentru minim o noapte, considerată necesară de un medic de specialitate și pentru care s-a obținut autorizare, internare efectuată în scopul tratării afecțiunilor și/ sau vătămărilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli, acoperite prin prezentul Contract de asigurare. Spitalizarea cuprinde totalitatea procedurilor medicale efectuate în spital la recomandarea medicului, în legătură directă cu necesitatea medicală precum și serviciul de masă și cazare.</p>
<b>Spitalizare de zi/ în ambulatoriu:</b>	<p>perioada de internare recomandată de un medic de specialitate, fără cazare pe durata nopții, efectuată în scopul efectuării unui tratament sau proceduri medicale care, din motive medicale, trebuie efectuate o anumită perioadă sub supraveghere medicală într-un spital.</p>
<b>Suma asigurată:</b>	<p>limită maximă a indemnizației de asigurare și a costului serviciilor medicale, specificată în Polița/Certificatul de asigurare și pe care <b>asiguratorul</b> o poate plăti în cazul producerii riscului asigurat, pe durata unui an de asigurare. Această sumă se regăsește înscrisă în „Lista de acoperiri” și în Polița/ Certificatul de asigurare.</p>
<b>Tratament:</b>	<p>îngrijire medicală acordată de personalul medical în vederea vindecării sau a ameliorării unei boli sau a unei vătămări corporale.</p>
<b>Tratament sau procedură efectuate în scop experimental:</b>	<p>orice medicament, dispozitiv, procedură sau tratament vor fi considerate experimentale dacă se încadrează în oricare dintre situațiile descrise mai jos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>datele privind siguranța și efectele pe termen lung ale tratamentului sau procedurii respective, publicate în literatura de specialitate în urma efectuării studiilor clinice sunt insuficiente;</li> <li>deși îndeplinesc criteriile impuse de legislație, nu s-a început promovarea lor;</li> <li>sunt certificate de către autoritatea medicală națională și/ sau de către Organizația Mondială a Sănătății drept tratamente sau proceduri experimentale;</li> <li>toate protocoalele existente, specifice tratamentelor sau procedurilor respective, recunosc încadrarea acestora la stadiul experimental.</li> </ol>
<b>Urgența medicală:</b>	<p>orice îmbolnăvire sau accident, survenite brusc și neașteptat, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia.</p>
<b>Urgență de gradul 0 sau 1:</b>	<p>alterarea severă a stării de sănătate a <b>asiguratului</b>, care se caracterizează printr-un potențial evolutiv rapid către degradarea funcțiilor vitale și deces, în lipsa unei intervenții medicale prompte și profesionale.</p>



**Urgența medicală de gradul 2:** situație medicală reglementată legal și recunoscută de **asigurător** ca suspiciune a unor stări morbide, precum:

- angină pectorală (cu excepția anginei instabile);
- entorse, luxații, fracturi închise ale membrelor și fără leziuni ale pachetului vasculonervos;
- reumatism articular acut în criză;
- sindroame de compresie și/ sau iritație radiculară (nevralgia cervicobrahială, lombalgie și lombosciatică) în faza acută;
- artrite septice;
- arsuri termice de gradele 1 și 2 sub 10% din suprafața corpului, cu localizări care fac imposibilă deplasarea;
- hemoragii interne exteriorizate, fără semne de șoc hipovolemic;
- ischemie cerebrală tranzitorie;
- criză de hipertensiune arterială fără complicații;
- tromboflebită acută;
- arterită fără sindromul de ischemie periferică acută, cu confirmare oscilometrică;
- corpi străini în nas, faringe, fără dispnee la copii;
- corpi străini auriculari la copii până la 3 ani;
- astm bronșic în criză;
- insuficiență cardiacă decompensată;
- colică biliară, renală, abdominală;
- sindrom subocluziv;
- hernii strangulate fără abdomen acut;
- apendicită acută fără abdomen acut;
- anurie;
- retenție de urină;
- meningită;
- holeră, difterie, tetanos, botulism;
- boală diareică cu stare generală alterată;
- agitații psihomotorii sau catatonie;
- politraumatisme minore;
- avort necomplicat;
- diabet zaharat necompensat;
- primipară cu contracții uterine dureroase;
- sarcină până în luna a VII-a cu contracții uterine dureroase;
- stare febrilă cu alterarea stării generale;
- afecțiuni reumatologice cronice confirmate în puseu inflamator, cu deficit motor al membrelor inferioare;
- ciroză hepatică decompensată;
- stări de inconștiență.

Această enumerare este exemplificativă, urgențele medicale de gradul 2 nelimitându-se la exemplele enumerate anterior.

**Vârsta:** vârsta **asiguratului/ persoanei dependente** împlinită la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare.

**Vătămare corporală:** orice vătămare fizică a corpului **asiguratului**, detectabilă din punct de vedere medical.

**Zi de spitalizare:** staționarea în spital cu cazare pe durata unei nopți, indiferent de ora internării și externării **asiguratului**, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

## 1. OBIECTUL ASIGURĂRII

- 1.1** În baza prezentului Contract de asigurare, **asigurătorul** se obligă ca, la producerea unui eveniment asigurat în perioada de valabilitate a asigurării, să plătească **asiguratului** sau Rețelei private de sănătate indemnizația de asigurare, conform Pachetului de acoperiri specificat în Polița/ Certificatul de asigurare și detaliat în „Lista de acoperiri” și în „Lista de servicii medicale”.
- 1.2** **Asigurătorul** oferă protecție prin asigurare numai ca urmare a unei necesități medicale în cazul bolilor și accidentelor, în limitele menționate în Polița de asigurare, cu excepția pachetului anual preventiv.
- 1.3** În condițiile prezentei asigurări, serviciile medicale și indemnizațiile, acoperite în funcție de tipul Pachetului de acoperiri achiziționat și specificat în Polița de asigurare, sunt următoarele:
- A.** Serviciu medical Call Center;
  - B.** Hotline Medical (24 h din 24, 7 zile din 7);
  - C.** Servicii medicale ambulatorii (efectuate în regim ambulator, fără spitalizare de zi sau spitalizare continuă:
    - a.** control medical anual preventiv;
    - b.** consultații medicină generală;
    - c.** consultații medic specialist;
    - d.** analize de laborator;
    - e.** investigații de diagnosticare;
    - f.** stomatologie;
    - g.** vaccinări;
    - h.** recuperare medicală;
    - i.** servicii medicale de urgență.
  - D.** Servicii medicale cu internare în scop de tratament:
    - a.** intervenții chirurgicale în Rețea sau în afara Rețelei;
    - b.** spitalizare în Rețea sau în afara Rețelei, cu excepția nașterii și a intervențiilor chirurgicale;
- 1.4** O persoană poate fi asigurată numai pentru un singur Pachet de acoperiri, pe durata asigurării.
- 1.5** Schimbarea tipului de Pachet de acoperiri nu este posibilă pe durata Contractului de asigurare.
- 1.6** **Asiguratul** poate opta pentru:
- Spitalizare sau intervenții chirurgicale oferite în Rețeaua privată de sănătate;
  - Spitalizare sau intervenții chirurgicale oferite în afara Rețelei, respectiv la alte spitale, pentru care **asigurătorul** acordă indemnizații de asigurare.
- 1.7** Pentru prezentul Contract de asigurare și fiecare Certificat de asigurare se aplică următoarele perioade de așteptare, de la data intrării în vigoare:
- 30 de zile pentru spitalizare și intervenții chirurgicale, cu excepția evenimentelor asigurate produse ca urmare a unui accident;

Nu există perioadă de așteptare pentru servicii medicale în ambulatoriu.

Nu există perioadă de așteptare pentru Certificatele de asigurare reînnoite imediat după expirarea celui anterior (în continuarea vechiului contract), pentru aceleași riscuri asigurate în Certificatul de asigurare aferent anului anterior de asigurare.

- 1.8 Pentru toate serviciile medicale accesate în perioada de așteptare, **asiguratul** are obligația de plată integrală a contravalorii serviciilor medicale de care a beneficiat, către prestatorul serviciilor medicale.

## 2. ACCESUL LA SERVICIILE MEDICALE DE SĂNĂTATE

- 2.1 Calitatea de **asigurat** a unei persoane poate fi dovedită prin Polița/ Certificatul de asigurare. Odată cu emiterea Contractului de asigurare, **asiguratul** dobândește dreptul de a primi gratuit Certificatul de asigurat. În termen de 30 de zile de la primirea solicitării de emitere a Certificatului de asigurare formulată în scris, pe e-mail, de către persoana asigurată, Asigurătorul va transmite Asiguratului Certificatul de asigurare pe adresa personală de e-mail metionată de asigurat în solicitarea sa scrisă. Serviciile medicale pot fi accesate pe baza de actului de identitate.
- 2.2 **Serviciul Call Center.** În cadrul Rețelei private de sănătate, toate serviciile medicale cu excepția urgențelor, conform Pachetului de acoperiri, vor fi programate exclusiv prin intermediul serviciului Call Center. Numărul de apelare a serviciului Call Center este 021.9767.
- 2.3 Pentru spitalizare și intervenții chirurgicale trebuie obținută autorizarea din partea **asigurătorului** înainte de accesarea serviciului medical.
- 2.4 În cazul în care **asiguratul** nu poate să se prezinte la data și ora stabilite pentru efectuarea serviciului medical ambulatoriu sau cu spitalizare, conform programării făcute prin Call Center, acesta va anula respectiva programare, cu cel puțin o oră înainte.
- 2.5 Asigurătorul are dreptul să refuze o noua programare după două programări consecutive pentru același serviciu medical anulat.

## 3. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 3.1 Durata Contractului de asigurare începe la data specificată în Polița de asigurare, ora 00:00, numai dacă plata ratei inițiale a primei de asigurare a fost făcută anterior acestei date.
- 3.2 Asigurarea se încheie pe o perioadă de un an. Asigurarea încetează la data expirării, specificată în Polița/ Certificatul de asigurare. Contractul poate fi reînnoit anual, cu acordul părților.
- 3.3 Asigurarea se încheie de către persoane juridice înregistrate în România (societăți comerciale sau organizații sindicale, organizații profesionale etc.), în calitate de **contractant**, în beneficiul angajaților/ membrilor grupului, aceștia având calitatea de **asigurați**.  
În acest caz, asigurarea se poate încheia pentru angajații/ membrii activi ai **contractantului**, care constituie un grup de minim 2 persoane, format pe alte criterii decât în scopul asigurării. Asigurarea se încheie nominal, cu datele de identificare ale persoanelor care vor fi asigurate, pentru toți membrii grupului. Pentru grupurile sub 10 de persoane, asigurarea se încheie în baza unei Cererii-chestionar de asigurare individuale, scrise, cu declarația detaliată a tuturor factorilor relevanți pentru evaluarea riscurilor.  
În cazul angajaților/ membrilor noi, aceștia pot fi cuprinși în asigurare după o perioadă de 30 de zile de activitate neîntreruptă de la angajare/ data aderării la organizație, dar nu înainte de comunicarea numelor acestora către **asigurător**. În cazul apartenenței la un grup de tipul organizațiilor de sindicat, patronale sau sportive, aderarea la grupul asigurat se poate face după o perioadă de 30 de zile de la data aderării la organizația respectivă.
- 3.4 Asigurarea se încheie pentru persoanele care îndeplinesc simultan criteriile de eligibilitate (grad de rudenie, vârstă, art. 3.4.3) de mai jos:
- 3.4.1 angajat / membru activ **asigurat** și respectiv **persoana dependentă** soț/soție, începând cu vârsta de 16 ani, vârsta maximă de contractare a asigurării fiind de 64 de ani împliniți. Asigurarea încetează la data expirării, specificată în Polița/ Certificatul de asigurare, după împlinirea vârstei de 65 de ani a **asiguratului/ persoanei dependente**. Vârsta se calculează ca vârstă împlinită la data începerii asigurării, respectiv data intrării în vigoare a Poliței/ Certificatului de asigurare.
- 3.4.2 **persoana dependentă** copilul/copiii **asiguratului**, începând cu vârsta de o lună (30 de zile) și maxim 23 de ani împliniți. Asigurarea încetează la data expirării, specificată în Polița de asigurare, după împlinirea vârstei de 24 de ani. Vârsta se calculează ca vârstă împlinită la data începerii asigurării, respectiv data intrării în vigoare a Poliței de asigurare.
- 3.4.3. persoana dependentă din categoriile menționate la art. 3.4.1 și 3.4.2. să nu se încadreze la prevederile art. 6.1. / cap. 6. "Persoanele care nu pot fi asigurate" din Condițiile generale de Asigurare.

3.5 Asigurarea se încheie în baza Cererii de asigurare semnate.

## 4. ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

4.1 Contractul de asigurare încetează în unul dintre următoarele cazuri:

4.1.1 Pentru **asigurat**:

- a. la data expirării perioadei de valabilitate a Contractului, așa cum a fost stabilită în Polița de asigurare;
- b. la data decesului **asiguratului**, produs în perioada asigurată;
- c. la data rezilierii Contractului de asigurare colectivă de către **contractant/ asigurator**, inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare;
- d. la data denunțării individuale a asigurării. Asigurare poate fi denunțată în scris de către oricare din cele 2 părți (**asigurat** sau **asigurator**), cu un preaviz de cel puțin 20 de zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de către partea destinatară. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că partea destinatară și-a schimbat adresa, fără să comunice acest lucru celeilalte părți, sau în cazul respingerii sau refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la domiciliu/ reședință/ sediu și/ sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau, după caz, respingerea sau refuzul de a primi notificarea. Fără a aduce atingere celor de mai sus, în cazul în care plata primei de asigurare este stabilită în rate subanuale, **asiguratorul** poate denunța asigurarea exclusiv cu începere de la data scadentă a următoarei rate de primă, **asiguratul/ contractantul** urmând să fie înștiințat cu cel puțin 20 de zile în prealabil;
- e. la data plății întregii sume asigurate, a consumării serviciilor medicale acoperite, specificate în „Lista de acoperiri”, respectiv „Lista de servicii medicale”;
- f. la data expirării specificată în Polița/Certificatul de asigurare, prima aniversare după împlinirea vârstei de 65 de ani a Asiguratului;
- g. la data pierderii calității de Asigurat, prin pierderea calității de angajat/ membru a Asiguratului în raport cu Contractantul asigurării.

4.1.2 Pentru **persoana dependentă**:

- a. la data expirării perioadei de valabilitate a Contractului, așa cum a fost stabilită în Polița de asigurare;
- b. la data decesului **persoanei dependente**, produs în perioada asigurată;
- c. la data rezilierii Contractului de asigurare colectivă de către **contractant/ asigurator**, inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare;
- d. la data denunțării individuale a asigurării. Asigurare poate fi denunțată în scris de către oricare din cele 2 părți (**asigurat** sau **asigurator**), cu un preaviz de cel puțin 20 de zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de către partea destinatară. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că partea destinatară și-a schimbat adresa, fără să comunice acest lucru celeilalte părți, sau în cazul respingerii sau refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la domiciliu/ reședință/ sediu și/ sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau, după caz, respingerea sau refuzul de a primi notificarea. Fără a aduce atingere celor de mai sus, în cazul în care plata primei de asigurare este stabilită în rate subanuale, **asiguratorul** poate denunța asigurarea exclusiv cu începere de la data scadentă a următoarei rate de primă, **asiguratul/ contractantul** urmând să fie înștiințat cu cel puțin 20 de zile în prealabil.
- e. la data părăsirii Grupului asigurat/ la data încetării calității de angajat/ membru al grupului **contractantului** de către angajatul/ membrul organizației al cărui dependent este;
- f. la data plății întregii sume asigurate, a consumării serviciilor medicale acoperite, specificate în „Lista de acoperiri”, respectiv „Lista de servicii medicale” ;
- g. la data expirării specificată în Polița/Certificatul de asigurare, după împlinirea vârstei maxime de acoperire pentru Persoanele dependente.
- h. la cererea angajatului/membrului organizației al cărui dependent este;

- i. prin neîndeplinirea criteriilor de eligibilitate prevăzute la art. 3.4. din prezentul contract/ prin părăsirea grupului eligibil; asigurarea persoanelor care se încadrează în prevederile art. 6.1/ cap. 6. "Persoane care nu pot fi asigurate" din Condițiile de asigurare, este reziliată de drept de la data la care Asigurătorul ia cunoștință de încălcarea prevederilor respectivului articol. În acest caz, Asigurătorul nu datorează indemnizație de asigurare persoanei dependente asigurate.

**4.1.3.** În cazul în care **asiguratul angajat/membru /dependent** a beneficiat de servicii medicale pentru riscuri ce nu sunt acoperite de contractul de asigurare, acesta va fi răspunzător pentru achitarea contravalorii serviciilor nedecontate de **asigurător** către furnizorul de servicii medicale în cel mai scurt timp. Această obligație este asumată conform prezentului contract. În cazul neonorării/ neasumării acestei obligații, dacă, în termen de maxim 15 zile de la primirea notificării **asigurătorului**, **asiguratul angajat/membru/ dependent** nu a achitat contravaloarea serviciilor medicale neacoperite prin prezentul contract de asigurare, **asigurătorul** își rezervă dreptul de a sista acoperirea riscului și de a elimina **asiguratul** dependent din grupul asigurat până la stingerea creanței acestuia către furnizorul din Rețea.

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

## 5. REÎNNOIREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

**5.1** La data încetării Contractului de asigurare, acesta poate fi reînnoit cu acordul ambelor părți, în condițiile agreeate de comun acord.

**5.2 Asigurătorul** își rezervă dreptul de a modifica prima de asigurare la fiecare reînnoire, cu notificarea prealabilă a **Contractantului**, în funcție de factori care influențează calculul tarifar (ex. variația costului serviciilor medicale practicate în piață, modificarea numărului de asigurați ai grupului, daunalitate).

## 6. PERSOANELE CARE NU POT FI ASIGURATE

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

- a. se încadrează în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale, în vigoare, privind protecția socială sau al căror grad de invaliditate permanentă este mai mare de 50% sau pentru care este necesară îngrijirea permanentă, adică ajutor străin pentru îndeplinirea treburilor zilnice, certificată prin documente oficiale;
- b. au sau au avut simptome, au primit/ urmat tratament sau au fost diagnosticate pentru epilepsie, delirium tremens, boli psihice, inclusiv sindrom anxios și sindrom depresiv;
- c. au sau au avut simptome, au primit/ urmat tratament sau au fost diagnosticate pentru alcoolism, toxicomanie;
- d. sunt sau au fost diagnosticate cu orice boală gravă și permanentă (de exemplu: orice tip de cancer/ tumoră malignă, inclusiv tumorile sângelui, tumorile cerebrale benigne neoperate sau inoperabile, limfomul non/Hodgkin, boala cardiacă/ coronariană, infarctul miocardic și angina pectorală, insuficiența cardiacă, HTA std III-IV, arteriopatia obliterantă, scleroza cronică vasculară/ demența, accidentele vasculare ischemice sau hemoragice și sechelele acestora, anevrismele, bronhopneumopatie cronică obstructivă, insuficiența respiratorie, hepatitele cronice active virale sau autoimune, hepatitele toxic-nutriționale, ciroza hepatică, insuficiența renală cronică, transplantul renal/dializa, pancreatită cronică, diabetul zaharat, scleroza multiplă/ în plăci, mono/ di/ tetraparezeele congenitale sau dobândite, boala Parkinson, Alzheimer, polineuropatiile cu cauză necunoscută/în curs de diagnosticare, polineuropatia toxic nutrițională, polineuropatia diabetică, infecția cu H.I.V/SIDA și complicații sau îmbolnăviri survenite ca urmare a contractării acestui virus, etc. - enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă).

## 7. SUMA ASIGURATĂ

Suma asigurată și limitele specifice pentru fiecare eveniment asigurat sunt stabilite prin convenția părților și sunt menționate în Polița/ Certificatul de asigurare și în „Lista de acoperiri”, documente ce fac parte din prezentul Contract de asigurare.

Valoarea sumei asigurate este aceeași pentru **asigurat** și pentru fiecare **persoană dependentă** cuprinsă în Contractul de asigurare, dacă părțile nu au convenit altfel.

Limitele de acoperiri pentru serviciile medicale sunt detaliate în „Lista de acoperiri” a Poliței de asigurare, respectiv „Lista de servicii medicale” ale Pachetului de acoperiri.

## 8. PLATA PRIMEI DE ASIGURARE

**8.1** Prima de asigurare este stabilită individual de **asigurător**, atât pentru **asigurat**, cât și pentru **persoanele dependente** din Contractul de asigurare, pe baza calculului actuarial, în funcție de: structura grupului de persoane asigurate la intrarea în asigurare, tipul Pachetului de acoperiri, suma asigurată, ocupația/ocupațiile persoanelor asigurate și evaluarea riscului. **Asigurătorul** își rezervă dreptul de a prelua în asigurare și riscuri crescute față de nivelul de risc standard stabilit, în condiții și cu prime speciale de asigurare. Prima de asigurare totală este calculată ca sumă a primelor aferente tuturor persoanelor cuprinse în Contractul de asigurare.

**8.2** **Contractantul** este răspunzător pentru plata primelor/ ratelor de primă de asigurare în cuantumul și la termenele convenite în Polița de asigurare, atât pentru asigurarea de bază, cât și pentru eventualele clauze suplimentare atașate acestei asigurări. În cazul în care **contractantul/ asiguratul** plătește doar o parte din primă/rata de primă de asigurare, Polița de asigurare se consideră neplătită.

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

**8.4** Prima de asigurare este anuală și este datorată de către **contractant** integral și anticipat **asigurătorului**. Părțile pot conveni ca plata primei de asigurare anuale să se efectueze fracționat, prin plăți eșalonate (semestrial, trimestrial sau lunar).

Prima de asigurare/întâia rată de primă de asigurare se achită la data completării Cererii de asigurare.

În condițiile în care **contractantul** nu plătește prima/ratele de primă de asigurare la datele scadente convenite în Polița de asigurare, **asiguratul/ persoana dependentă** nu mai poate beneficia de serviciile medicale stabilite prin Contractul de asigurare.

**8.5** Plata primei de asigurare în cazul fluctuației numărului de asigurați:

a. pentru un **asigurat** nou (**membu/angajat/ persoana dependentă**) care intră în asigurare, se plătește prima de asigurare proporțională cu numărul de luni acoperite de Asigurare până la data de încetare la termen a contractului de asigurare;

b. pe parcursul ultimei luni înainte de expirarea Contractului nu se acceptă în asigurare noi **asigurați**.

**8.6** Fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întregă.

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

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

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

**8.8** În cazul în care primele de asigurare datorate **asigurătorului** nu sunt achitate la scadență, **contractantul** are posibilitatea să le plătească în termen de 30 de zile calendaristice de la data scadenței, termen numit „perioadă de grație”. În această perioadă, riscurile asigurate sunt acoperite numai dacă primele de asigurare datorate **asigurătorului** sunt achitate integral în perioada de grație.

**8.9** La expirarea perioadei de grație, în cazul în care **contractantul** nu a achitat prima/rata de primă de asigurare, Polița de asigurare se reziliază de plin drept, de la data scadenței, fără notificare sau altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței de judecată. **Asigurătorul** nu are nicio răspundere cu privire la riscurile asigurate produse începând cu data scadenței inițiale la care era datorată rata de primă de asigurare neplătită.

- 8.10** În cazul în care **asigurătorul** consideră că neplata ratelor scadente este cauzată de evenimente neimputabile **contractantului**, Contractul de asigurare poate fi repus în vigoare prin plata tuturor ratelor de primă restante, în termen de 60 de zile de la data celei dintâi prime de asigurare scadente neplătite.
- În cazul în care au apărut sau nu modificări ale stării de sănătate ale **asiguratului** între zilele 31-60, ca urmare a solicitării de repunere în vigoare, **asigurătorul** va emite un supliment de precizare prin care va confirma repunerea în vigoare cu precizarea condițiilor de acceptare în asigurare. **Asigurătorul** își rezervă dreptul să refuze repunerea în vigoare a Poliței.
- Începând cu cea de a 61-a zi de neplată a primei de asigurare scadente, repunerea în vigoare nu mai este posibilă, în acest caz putându-se proceda exclusiv la încheierea unei noi polițe de asigurare, cu aplicarea unor noi perioade de așteptare, iar data de aplicabilitate a condiției medicale preexistente va fi data de începere a valabilității noii Polițe de asigurare.
- 8.11** Prima de asigurare se plătește în numerar, direct la bancă sau prin virament în contul bancar al **asigurătorului**, iar data plății este considerată data creditării contului Asigurătorului. Documentul doveditor al plății trebuie să conțină obligatoriu numărul Poliței de asigurare, cuantumul primei de asigurare datorate, numele **contractantului** și numărul ratei de primă.
- 8.12** Plata primei de asigurare pentru Contractele cu sumă asigurată în valută se face în lei, la cursul BNR din ziua plății.
- 8.13** La momentul plății, **contractantul** trebuie să solicite și să păstreze dovada plății primei de asigurare.
- 8.14** **Asigurătorul** nu este obligat să anunțe **contractantul** de scadența primei de asigurare și nici să încaseze prima de asigurare la domiciliul, reședința, sediul sau locul de muncă al **contractantului**. Încasarea primei de asigurare la o astfel de locație, chiar repetată, nu poate fi invocată drept derogare, pe viitor, de la prevederile mai sus menționate.
- 8.15** Prima de asigurare pentru Pachetul acoperit și pentru clauzele acoperite de asigurare este menționată în Polița de asigurare.
- 8.16** Prin prezentul Contract de asigurare nu se acordă valori de răscumpărare sau participare la profit.

## 9. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 9.1** Modificarea Contractului de asigurare este posibilă după depunerea în scris a cererii de modificare de către **contractant/ asigurat** și numai dacă aceasta va fi acceptată de către **asigurător**. Modificarea se poate face în orice moment, dacă această operațiune presupune: schimbarea **beneficiarului**, schimbarea **contractantului**, schimbarea în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești a numelui **asiguratului** sau al **contractantului/ beneficiarului**, schimbarea adresei de corespondență a **asiguratului** sau a **contractantului**. Pentru efectuarea acestor modificări, **contractantul** trebuie să trimită la sediul **asigurătorului** Cererea de modificare a contractului, cu cel puțin 30 de zile înainte de data la care se dorește intrarea în vigoare a modificării respective. Cererea de modificare trebuie să fie însoțită de documente justificative.
- 9.2** Modificarea tipului de Pachet sau a frecvenței de plată se poate solicita numai la reînnoirea Contractului, cu cerere scrisă trimisă cu minim 30 de zile înainte de data reînnoirii. **Asigurătorul** are dreptul de a refuza cererea de modificare a Pachetului de acoperiri, caz în care va notifica în scris **contractantul/ asiguratul**.
- 9.3** În perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, solicitările de modificare a termenilor contractuali pot fi făcute în scris de către **asigurat**, de către **contractant** cu acordul **asiguratului**, iar modificările se vor face prin emiterea unei Anexe care va face parte din Contractul de asigurare.
- 9.4** În cazul în care **contractantul** nu are și calitatea de **asigurat**, acesta are obligația de a furniza consimțământul scris al **asiguratului** în legătură cu modificările Contractului de asigurare.

## 10. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI/CONTRACTANTULUI

- 10.1** **Asiguratul/ contractantul** are obligația să furnizeze informații corecte și complete prin Cererea de asigurare și celelalte documente ale Contractului de asigurare.
- 10.2** După înștiințarea producerii riscului asigurat, pentru obținerea indemnizației în caz de spitalizare, intervenții chirurgicale sau naștere în afara Rețelei, **asiguratul/ contractantul/ beneficiarul** are obligația să trimită prin email la adresa [documente@groupama.ro](mailto:documente@groupama.ro) sau prin poștă, documentele solicitate de acesta referitoare la producerea

riscului asigurat și/ sau necesare la evaluarea acordării indemnizației de asigurare/plății costului serviciilor medicale.

- 10.3** Semnarea Tabelului nominal/Cererii de asigurare este obligatorie de către **contractant/ asigurat**, prin aceasta **Asiguratul** își exprima consimțământul expres și neechivoc în sensul de a-l mandata pe asigurător să acționeze, în numele său și pentru sine, la îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată stabili împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat. Totodată, **asiguratului** i s-a atras atenția, iar acesta înțelege și este de acord în mod expres să exonereze furnizorii de servicii medicale, personalul medical implicat în tratamentul și îngrijirea stării de sănătate, de la obligația păstrării secretului profesional în ce privește informațiile confidențiale privind starea pacientului, istoricul medical, diagnosticul, tratamentul, datele personale medicale. În cazul în care **contractantul** este diferit de **asigurat**, Polița se poate încheia numai cu acordul expres al asiguratului, contractantul având obligația să-i aducă la cunoștință asiguratului conținutul Contractului de asigurare.
- 10.4** **Asiguratul** trebuie să obțină autorizarea spitalizării/ intervenției chirurgicale din partea **asigurătorului** înainte de data internării/ efectuării intervenției chirurgicale, iar **asigurătorul** se obligă să transmită acceptul/ refuzul său în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la data obținerii tuturor documentelor necesare luării unei decizii în acest sens, în acord cu prevederile **contractului** în vigoare. În scopul evaluării corecte a solicitării de autorizare, asigurătorul poate solicita orice document medical, fără ca exemplificarea următoare să fie exhaustivă: acordul pentru interogarea istoricului medical din Rețeaua privată de sănătate, copia fișei de la medicul de familie (cu paginile numerotate și cu mențiunea *Conform cu originalul*, pentru conformitate), rapoarte medicale de la medicul specialist, rezultate analize și investigații medicale de laborator, paraclinice și/sau imagistice, inclusiv interpretarea medicului specialist, bilete de externare, scrisori medicale, bilete de trimitere, buletine histopatologice, copia certificatului de încadrare în grad de handicap sau decizii asupra capacității de muncă, eliberate de către comisia de expertiză medicală de pe lângă Casele Județene de Pensii etc.
- 10.5** În caz de accident sau îmbolnăvire subită, **asiguratul** sau reprezentantul acestuia are obligația:
- a. să anunțe **asigurătorul** prin Call Center, la numărul de telefon 021.9767, în cel mai scurt timp posibil de la producerea riscului asigurat;
  - b. să furnizeze datele Certificatului de asigurare/Poliței de asigurare precum și informații referitoare la evenimentul produs;
  - c. să urmeze indicațiile primite din Call Center;
  - d. în funcție de situație și cauza accidentului, să anunțe la 112 producerea accidentului și să se supună și colaboreze cu organele competente la derularea anchetei privind împrejurările și cauza producerii accidentului;
  - e. să se prezinte la orice unitate medicală în cel mai scurt timp posibil de la producerea accidentului, pentru a fi consemnate în cadrul unui document medical leziunile produse în urma accidentului;
  - f. să prezinte personalului medical actul de identificare cu fotografie (BI/ CI, pașaport).
- 10.6** În cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la **art. 10.1 - 10.5**, **asigurătorul** poate refuza plata indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut stabili responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare.

## 11. DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

**11.1** Pentru orice serviciu medical inclus „Lista de servicii medicale” și în „Lista de acoperiri” acoperite prin asigurare, conform Pachetului de acoperiri și specificat în Polița de asigurare, de care a beneficiat **asiguratul** în cadrul Rețelei private de sănătate, **asigurătorul** va plăti direct către Rețeaua privată de sănătate contravaloarea serviciilor medicale furnizate **asiguratului**, conform Condițiilor stipulate în Contractul existent între **asigurător** și Rețeaua privată de sănătate.

Dacă în „Lista de servicii medicale”, la rubrica serviciului medical, s-a stabilit coplata, **asiguratul** va plăti valoarea aferentă coplății. Trimiterea unui asigurat de către medicul **asigurătorului** la un medic specialist nu va mări responsabilitatea **asigurătorului** și nu va reprezenta extinderea acoperirilor specificate în Contractul de asigurare. Pentru spitalizare sau intervenții chirurgicale efectuate în afara Rețelei private de sănătate, **asigurătorul** îi oferă indemnizația **asiguratului**, conform Contractului de asigurare, respectiv Pachetului de acoperiri și în limitele specificate în „Lista de acoperiri”.



**11.2 Asigurătorul** și Rețeaua privată de sănătate nu răspund de întârzierile în executarea serviciilor convenite, în caz de greve, explozii, revolte, mișcări populare, restricții de liberă circulație, sabotaje, acte teroriste, război civil sau război, consecințe ale surselor de radioactivitate sau de orice alt caz de forță majoră.

**11.3** În cazul în care spitalizarea sau intervenția chirurgicală s-au efectuat în afara Rețelei private de sănătate, **asigurătorul** va plăti indemnizația de asigurare numai după ce **asiguratul/ beneficiarul**:

- va proba legitimitatea de a obține indemnizația de asigurare;
- va comunica **asigurătorului** toată documentația solicitată de acesta.

**11.4** Pentru serviciile medicale efectuate în afara Rețelei, avizarea scrisă va fi făcută pe formularele proprii ale **asigurătorului**, la care se va atașa documentația relevantă pentru solicitarea de indemnizație.

**11.5** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la acordarea indemnizației de asigurare, pentru evenimentele asigurate cu internare (spitalizare, intervenții chirurgicale) **asiguratul/ beneficiarul** este obligat să prezinte **asigurătorului** următoarele documente:

- a. Formular pentru anunțarea evenimentului asigurat – formularul tipizat Groupama - copie;
- b. Copie carte identitate **asigurat, solicitant, beneficiar** plata/ Pașaport pentru persoanele rezidente;
- c. Bilet de externare, care să cuprindă diagnosticul și evoluția afecțiunilor medicale, perioada de spitalizare (stampilat, datat, semnat, emis pe numele persoanei asigurate);
- d. Documente medicale din care să rezulte data primei diagnosticări, diagnosticul și evoluția afecțiunilor medicale: istoric medical de la medicul de familie (copie după fișa de consultații medicale, cu paginile numerotate și cu mențiunea *Conform cu originalul*, pentru conformitate), adevăriniță medicală, bilete de ieșire din spital, rapoarte medicale, fișa medicală din Rețeaua privată Regina Maria etc. (în situația în care este necesară verificarea istoricului medical, a excluderilor contractuale);
- e. Factură cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat, în afara rețelei;
- f. Bon fiscal/ document de plată din care să rezulte achitarea serviciului medical;  
Documentele de plată din care să reiasă cheltuielile efectuate trebuie să cuprindă: numele persoanei tratate, data și diagnosticul, valoarea fiecărui serviciu medical efectuat.
- g. În cazul unui accident se pot solicita: declarația persoanei asigurate privind circumstanțele producerii evenimentului asigurat, procesul verbal încheiat de autoritățile competente, certificat de analiză toxicologică, alcoolemia, adevărinițe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, declarații cu martori și/sau orice alte acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului – copie
- h. În cazul decesului **asiguratului**, pe lângă documentele prevăzute se mai solicită copia certificatului de deces și copia certificatului medical constatator al decesului.
- i. În cazul spitalizării și/ sau intervenției chirurgicale în afara Rețelei, se va prezenta și scrisoarea de externare alături de notele de plată pentru tratamentele administrate și/ sau pentru intervențiile chirurgicale efectuate. Notele de plată/ chitanțele pentru spitalizare, intervenții chirurgicale în afara Rețelei private de sănătate, trebuie să cuprindă:
  - numele persoanei tratate;
  - diagnosticul stabilit;
  - detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora;
  - costul detaliat al fiecărei proceduri/ serviciu medical/ tratament/ intervenție chirurgicală;
  - durata internării
 Scrisoarea de externare trebuie să cuprindă cel puțin următoarele informații:
  - numele persoanei tratate;
  - diagnosticul stabilit;
  - detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora;
  - durata internării.

În funcție de informațiile transmise, **asigurătorul** își rezervă dreptul de a solicita documente suplimentare, absolut necesare evaluării evenimentului care să ateste producerea acestuia, în conformitate cu prevederile Condițiilor Contractuale, de exemplu: copia foii/ foilor de observație, referat medical întocmit de către medicul currant, referat

medical întocmit de medicul de familie, alte documente emise de către autoritățile legale, în funcție de natura evenimentului asigurat.

În cazul în care documentele sunt comunicate **asiguratorului** în copie certificată, acesta poate solicita înfățișarea înscrisului original sau a unei copii legalizate de pe acesta atunci când consideră necesar pentru determinarea legalității plății indemnizației din asigurare sau a cuantumului acesteia.

- 11.6** În cazul decesului **asiguratului**, pe lângă documentele prevăzute la **art. 11.5**, se mai solicită copia certificatului de deces, copia certificatului medical constatator al decesului și certificatul de moștenitor, cu mențiunea *Conform cu originalul*, pentru conformitate.
- 11.7** Plata indemnizației de asigurare prin decontare directă către furnizorul de servicii medicale se va face în lei, la cursul BNR de la data facturării, în timp ce plata indemnizației de asigurare către **asiguratul/ beneficiarul** specificat în cererea privind plata indemnizației de asigurare se va face în lei, la cursul BNR de la data plății. Plata se va efectua într-un cont bancar al **asiguratului/ beneficiarului**, deschis la o bancă de pe teritoriul României.
- 11.8** Dacă solicitarea de plată a indemnizației de asigurare este frauduloasă sau în mod evident exagerată, ori Contractul are la bază Documente și Declarații false, **asiguratorul** are dreptul să rezilieze Contractul de asigurare și să refuze plata indemnizației de asigurare.
- 11.9** Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizațiilor de asigurare nu constituie o recunoaștere în sarcina **asiguratorului** a obligației de plată a indemnizației de asigurare.
- 11.10** Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de **asigurat/ beneficiar**.
- 11.11** **Asiguratorul** nu are dreptul de a elibera copii ale documentelor emise de alte instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) fără acordul **asiguratului/ beneficiarului** cu excepția celor solicitate de organele abilitate de lege.
- 11.12** În cazul în care documentația transmisă către **asigurator** este incompletă, **asiguratorul** va transmite o informare scrisă **asiguratului/ beneficiarului** prin care va solicita documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor nu s-au putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului asigurat, **asiguratorul** își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația din asigurare.

## 12. EXCLUDERI

- 12.1** **Asiguratorul** nu datorează indemnizația de asigurare **asiguratului/ persoanei dependente**, dacă riscul asigurat s-a produs:
- a. direct sau indirect, total sau parțial, ca urmare a:
    - stării de război declarat sau nu, operațiunilor de război, invazie, război civil, revoluție, rebeliune, grevă,
    - insurecție, conspirație, actelor de terorism sau sabotaj, evenimentelor violente cum ar fi lovituri de stat, legea marțială, starea de urgență, carantină, utilizarea de energie nucleară pe timp de pace sau de război, circumstanțelor excepționale;
    - unor explozii atomice, radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, sau infestări radioactive, contaminarea radioactivă urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
    - unei catastrofe ecologice;
    - sinuciderii, tentativei de sinucidere sau de auto-rănire a **asiguratului** și urmările acesteia, indiferent de starea de rațiune/ psihică a **asiguratului**;
    - comiterii sau încercării de a comite, cu intenție, de către **asigurat** a unor acțiuni prevăzute și pedepsite de legea penală, imprudențe și/ sau neglijențe grave.
  - b. ca urmare a acțiunii directe a **asiguratului** aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge sau peste 0,4 la mie în aerul expirat;
  - c. ca urmare a consumului excesiv de medicamente, droguri, alcool, inhalării intenționate a unor substanțe nocive organismului sau administrării inadecvate a unor substanțe folosite în terapeutică;
  - d. ca urmare a provocării cu intenție de către **asigurat** prin intermediul altei persoane;

- e. ca urmare a operațiilor chirurgicale sau a tratamentelor care nu sunt prevăzute în prezenta asigurare, cum ar fi operațiile estetice, cu excepția celor necesare din cauza unei vătămări corporale acoperite de acest contract;
- f. în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, întreruperea voluntară de sarcină și complicațiile acestora;
- g. ca urmare a oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil apărute/diagnosticate într-o etapă ulterioară;
- h. ca urmare a epidemiei naționale sau pandemiei, confirmate de autoritățile competente;
- i. ca urmare a SIDA, complexul asociat SIDA, boli cu transmitere sexuală sau dacă **asiguratul** este depistat HIV pozitiv, HIV sau consecințele acestora, orice infecție, îmbolnăvire, pierdere sau cheltuială legată de HIV și/sau orice boală asociată cu HIV, inclusiv SIDA și/ sau orice mutație derivată sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;
- j. ca urmare a medicinei experimentale, medicină alternativă, homeopatie etc.;
- k. ca urmare a schimbării de sex;
- l. ca urmare a studiilor de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și/sau tratament genetic;
- m. Efectuare de transplant, donare de organe, tratamente ulterioare aferente acestora ca urmare a solicitărilor **asiguratului**, fără să existe o necesitate medicală dictată de starea de sănătate a **asiguratului**;
- n. în legătură cu oricare tip de chirurgie bariatrică;
- o. ca urmare a oricărei cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau de odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare, cure de dezalcoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie;
- p. ca urmare a spitalizării, după data de externare recomandată de către medicul specialist sau peste numărul de zile acoperit de prezenta asigurare;
- q. ca urmare a riscurilor cauzate sau provocate intenționat de **asigurat**;
- r. ca urmare a oricărui tratament pentru orice afecțiune mentală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihică, depresie sau dezordine mentală, tratament de odihnă sau de refacere în urma efectelor abuzului de alcool sau de droguri sau de substanțe similare;
- s. ca urmare a folosirii de către **asigurat** a unor medicamente sau tratamente care nu au fost prescrise de către o autoritate medicală recunoscută sau care au fost folosite/ prescrise în urma participării la studii clinice;
- t. ca urmare a oricărei infecții apărute în timpul spitalizării, ca urmare a nerespectării standardelor medicale;
- u. ca urmare a oricărui tratament într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru coalescență, centre de dezintoxicare, centre de sănătate etc.), centre de consult extern sau centru de reabilitare;
- v. ca urmare a otrăvirii sau inhalării de gaze otrăvitoare, cu excepția situațiilor accidentale;
- w. ca urmare a malpraxisului.

**Asigurătorul** nu datorează indemnizația de asigurare **asiguratului** pentru niciun serviciu medical care nu este cuprins în „Lista de servicii medicale” sau în „Lista de acoperiri” anexe la Polița de asigurare.

**12.2 Asigurătorul** nu datorează indemnizația de asigurare, în cazul în care, la data producerii riscului asigurat, **asiguratul/ persoana dependentă**:

- a. este înrolat în serviciul militar sau este în misiune;
- b. practică sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatice sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria, schi-ul, mersul cu motocicletă în afara drumurilor publice, mersul cu bicicleta pe teren accidentat (pe munte, pe dealuri); (enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- c. zboară în calitate de pasager, pilot al unui aparat de zbor sau membru al echipajului, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane care efectuează zboruri pe rute regulate și cu orar afișat.

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

- a. indiferent de situația medicală a **asiguratului**, pentru alte servicii de asigurare în afara celor detaliate în mod explicit în „Lista de acoperiri” și în „Lista de servicii medicale”;

- b. pentru un serviciu medical care nu a fost aprobat și/ sau acoperit de către **asigurător**;
  - c. pentru un serviciu medical executat în mod necorespunzător, efectuat altfel decât conform standardelor medicale;
  - d. pentru cheltuieli efectuate de către **asigurat** pentru servicii medicale/ tratamente executate de către o persoană care nu are calitatea de medic sau nu este tratat într-o unitate medicală, în sensul acceptat de definițiile acestui contract;
  - e. medicamente de care are nevoie **asiguratul**, cu excepția celor administrate pe durata spitalizării, conform limitelor Pachetului de asigurare;
  - f. un serviciu medical executat în afara granițelor României;
  - g. în cazul în care data producerii accidentului nu poate fi probată și/ sau leziunile produse în urma accidentului nu sunt consemnate într-un document medical;
  - h. pentru cheltuieli de achiziționare sau reparare/ recondiționare a protezelor artificiale pentru diverse părți ale corpului sau aparatelor corectoare și auxiliare acestora, aparate de susținere (orteze, cârje etc.), ochelari de vedere sau lentile de contact.
- 12.4** Prin excepție de la prevederile **art. 12.3 lit. b** de mai sus, **asigurătorul** datorează indemnizația din asigurare în cazul în care **asiguratul** s-a aflat în imposibilitate obiectivă de a obține autorizarea prealabilă a **asigurătorului**, spitalizarea/ intervenția chirurgicală având loc ca urmare a unei urgențe medicale confirmate de un medic de specialitate, dacă evenimentul asigurat este acoperit prin Contractul de asigurare.

### 13. DECLARAȚII FALSE

**Asiguratul/ contractantul** este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate prin Cererea de asigurare și celelalte documente ale Contractului de asigurare.

### 14. CORESPONDENȚA OFICIALĂ

- 14.1** Comunicările dintre părți se vor transmite prin e-mail, poșta sau curier, la adresa de domiciliu/ sediul social menționat în Polița de asigurare ori prin alte mijloace de comunicare ce permit păstrarea confirmării de primire.
- 14.2** În cazul în care una dintre părți și-a schimbat adresa de corepondență fără o notificare scrisă a celeilalte părți contractante, corespondența trimisă la adresa menționată în Polița de asigurare va avea efect juridic deplin pentru toate părțile Contractului de asigurare.

### 15. PIERDEREA SAU DISTRUGEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

În caz de pierdere, sustragere sau distrugere a Poliței de asigurare/Contractului de asigurare, **asigurătorul** va elibera, la cererea scrisă a **contractantului**, un duplicat al acestuia.

### 16. TERITORIALITATE

Polița de asigurare acoperă serviciile medicale în ambulatoriu și cu internare numai în România, atât în Rețea, cât și în afara Rețelei.

Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

### 17. DURATA ASIGURĂRII

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

### 18. CONFIDENȚIALITATEA INFORMAȚIILOR

**18.1** Prin prezentele condiții de asigurare va informăm despre următoarele:

- puteți consulta oricând cea mai recentă versiune a documentului Politica de confidențialitate pe site-ul companiei, accesând <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>;
- prelucrarea datelor Dvs. de sănătate se face în baza temeiului legal.

- 18.2** În situația în care considerați că drepturile legate de prelucrarea datelor personale nu au fost respectate, puteți sesiza acest fapt la adresa de e-mail [dpo@groupama.ro](mailto:dpo@groupama.ro) sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.
- 18.3** Contractantul/asiguratul este de acord să exonereze medicul curant, instituțiile și oficialitățile care l-au investigat sau care îl vor investiga, la cererea asiguratorului, de răspunderea pentru păstrarea secretului profesional. Aceste date vor fi utilizate de către asigurator numai în procesul de evaluare a riscului și în procesul de stabilire a dreptului la încasarea indemnizației din Asigurare

## 19. IMPOZITE, TAXE ȘI ONORARIILE

- 19.1** Potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cheltuielile cu primele de asigurare voluntare de sănătate suportate de angajatori persoane juridice sau persoane fizice autorizate pentru angajați sunt deductibile integral la stabilirea profiturilor impozabile ale persoanelor juridice/ fizice autorizate.
- 19.2** În ceea ce privește regimul fiscal al veniturilor din despăgubiri, acestea reprezintă venituri neimpozabile pentru persoanele fizice beneficiare.
- 19.3** Operațiunile de asigurare de sănătate sunt scutite de taxa pe valoarea adăugată.
- 19.4** Toate taxele, onorariile și impozitele care se referă la plata primelor de asigurare vor fi plătite de către contractant/**asigurat**, împreună cu primele de asigurare corespunzătoare.
- 19.5** Taxele și onorariile notariale, spezele bancare, cât și impozitele datorate pentru primirea indemnizațiilor de la **asigurator**, conform acestui Contract, vor fi suportate de **asigurat/ beneficiar**.

## 20. PREVEDERI FINALE

### 20.1 Clauze neuzuale:

Sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către **asigurat/ contractant** prin semnarea Poliței de asigurare următoarele articole: **6.1, 8.4, 8.8, 8.9, 11.1, 11.2, 11.9, 11.13, 12.1, 12.2, 12.3, 16, 20.9** din prezentele Condiții generale de asigurare.

- 20.2** Toate taxele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de **asigurator** în vederea plății indemnizației de asigurare, dacă sunt aplicabile, sunt suportate de **beneficiar**.
- 20.3** Toate informațiile obținute de **asigurator** prin documentele care fac parte din Contractul de asigurare se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.
- 20.4** Contractul de asigurare este guvernat, se interpretează și se completează cu dispozițiile legale în materie din România. Legea aplicabilă Contractului este legea română.
- 20.5** Orice litigiu decurgând din/ sau în legătură cu acest contract, inclusiv referitor la încheierea, executarea ori desființarea lui, se va soluționa pe cale amiabilă. În măsura în care părțile nu ajung la o soluție de compromis, litigiul va fi supus instanțelor judecătorești competente din România.
- 20.6** Dreptul de a solicita plata indemnizației de asigurare de la **asigurator** se prescrie în termen de doi ani de la producerea riscului asigurat.
- 20.7** În cazul constatării insolvabilității **asiguratorului**, **asiguratul/ beneficiarul** asigurării se poate adresa Fondului de garantare conform Legii nr. 213/2015 privind Fondul de garantare al asiguraților.
- 20.8** În cazul în care datele de identificare ale **contractantului/ asiguratului/ beneficiarului** se regăsesc în Lista persoanelor supuse sancțiunilor internaționale ale **asiguratorului**, atunci **asiguratorul** își rezervă dreptul de a rezilia Contractul de asigurare sau de a ajusta în consecință sau de a refuza plata indemnizației de asigurare.
- 20.9** **Asiguratorul** nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o sancțiune, o interdicție sau o restricție prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite, și/sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.
- 20.10** Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul Contract de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Forța majoră trebuie constatată de o autoritate

competentă. Îndeplinirea Contractului de asigurare va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia.

Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica celeilalte părți, imediat și în mod complet, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor.

Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea deplin drept a prezentului Contract de asigurare, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune – interese.

**20.11 Contractantul, asiguratul sau beneficiarul** au posibilitatea de a comunica **asigurătorului**, în scris, toate pretențiile cu privire la încheierea, executarea, modificarea sau încetarea Contractului de asigurare.

**20.12** În situația în care **contractantul/ asiguratul/ beneficiarul** menționat în Polița de asigurare este nemulțumit cu privire la modul de încheiere, executare sau încetare a Contractului de asigurare, acesta poate formula o petiție în vederea soluționării amiabile a situației.

**20.13** Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:

- în scris, prin depunerea la sediul central sau în agențiile teritoriale ale **asigurătorului**, sau personal;
- prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier;
- prin fax sau telefonic, apelând Centrul de Servicii Clienți Alo Groupama la numărul 0374 110 110;
- prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresele de e-mail [office@groupama.ro](mailto:office@groupama.ro) sau [relatii.clienti@groupama.ro](mailto:relatii.clienti@groupama.ro) sau [sesizari@groupama.ro](mailto:sesizari@groupama.ro).

**20.14 Analiza și soluționarea petițiilor**

Groupama Asigurări va răspunde cu privire la toate aspectele menționate în petiție în termen de cel mult 30 zile de la data înregistrării acesteia, printr-o adresă scrisă, comunicată pe adresa petentului.

Totodată, **contractantul/ asiguratul/ beneficiarul** are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară. Formularea unei petiții de către **contractant/ asigurat/ beneficiar** nu aduce atingere dreptului acestuia de a sesiza instanțele de judecată competente.

**20.15 Soluționare alternativă a litigiilor**

În cazul apariției unor eventuale dispute între părțile Contractului de asigurare, ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, **asiguratul/ contractantul/ beneficiarul**, persoană fizică, în calitate de consumator, poate apela la soluționarea alternativă a litigiului în conformitate cu prevederile *Regulamentului A.S.F. nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale O.G. nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți*.

Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, **asiguratul/contractantul/beneficiarul** trebuie să se adreseze către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>.

Aceste demersuri nu îngrădesc dreptul **asiguratul/ contractantul/ beneficiarul** de a formula reclamații la adresa **asigurătorului** și de a se adresa instanțelor de judecată competente.

## CONDIȚII SPECIALE - ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ

Prezentele Condiții speciale fac parte și completează Condițiile generale ale Asigurării Medicale Integrale.

Părțile convin că **asigurătorul** va acoperi, iar **asiguratul** va beneficia numai de serviciile medicale incluse în Contractul de asigurare, în „Lista de acoperiri” și în „Lista de servicii medicale”, în limitele sumei asigurate și a Pachetului de acoperiri, specificate în Polița de asigurare.

Pentru orice alte servicii medicale, **asiguratul** va acoperi costul acestora pe propria cheltuială.

**Asigurătorul** nu va acoperi niciun serviciu medical care nu este specificat în mod clar ca serviciu medical acoperit în Condițiile de asigurare și în „Lista de servicii medicale”, conform Pachetului de acoperiri.

Pentru consultații și pentru setul anual preventiv nu este necesară recomandare medicală; pentru orice alte servicii (inclusiv cele de monitorizare a sarcinii) este necesară recomandare medicală validă.

Pentru ca recomandarea medicală să fie validă:

- trebuie să fie lizibilă, să conțină nume pacient, diagnostic, data, parafa și semnatura medicului;
- trebuie să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale,
- trebuie să fie eliberată de un medic a cărui specialitate medicală este încadrată în categoria specialităților clinice; pentru claritate: recomandările emise de medici cu specialități paraclinice (cum ar fi: medicină de laborator, radiologie- imagistică medicală) nu sunt considerate valide, fiind adresate medicului curant și nu pacientului.
- trebuie să respecte limitele de competență profesională ale medicului trimitător: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificată prin diagnosticul de trimitere (de exemplu: pentru CT, RMN, analize de alergologie, imunologie, hormoni, nu se acceptă trimiteri de la specialitățile de medicină primară: Medicină Generală, Medicină de Familie și Medicină Internă).

Rețeaua privată de sănătate este alcătuită clinicile proprii Regina Maria enumerate în “Lista de servicii medicale ambulatorii” a pachetului contractat și “Lista clinicilor și spitalelor partenere”, anexată Contractului de Asigurare.

Accesarea serviciilor medicale ambulatorii în Rețea se face cu respectarea Termenilor și Condițiilor furnizorului de servicii medicale. Acestea sunt actualizate periodic pe site-ul [www.reginamaria.ro](http://www.reginamaria.ro).

### 1. SERVICIILE Call Center

**Asigurătorul** oferă **asiguratului** posibilitatea de a folosi serviciile Call Center prin accesarea numărului de telefon 021.9767, prin care beneficiază de suport al personalului specializat, unde **asiguratul** se poate adresa, pentru:

- îndrumarea pentru orice problemă de sănătate și pentru orice urgență medicală care poate conduce la consultații medicale, investigații medicale, spitalizare, intervenții chirurgicale, sau la necesitatea unei ambulanțe;
- informații în legătură cu funcționarea și structura Rețelei private de sănătate;
- informații despre serviciile acoperite de Contractul de asigurare;
- obținerea autorizării pentru spitalizare, intervenții chirurgicale;
- informații despre orice alte servicii medicale ce se pot efectua în Rețeaua furnizorilor de servicii medicale.

Solicitarea acestor informații nu constituie, în sine, acoperirea automată a serviciilor medicale sau autorizarea efectuării acestora.

Este obligatorie solicitarea prealabilă de către **asigurat**, prin Call Center, a serviciilor medicale ce vor fi efectuate în Rețea, acoperite de prezentul Contract de asigurare.

În cazul în care, în cadrul efectuării unui serviciu medical în Rețea, medicul recomandă asiguratului efectuarea unor servicii medicale suplimentare față de cele programate, asiguratul poate obține informații privind acoperirea serviciilor medicale suplimentare recomandate prin apelarea call centerului, respectiv informații privind costul acestora din call center sau direct în clinica prestatoare, ulterior efectuării acestora.

Hotline Medical este disponibil pentru 24 de ore din 24, 7 zile pe săptămână.

## 2. CONTROLUL ANUAL PERIODIC în Rețeaua privată de sănătate

O dată pe an de asigurare, **asigurătorul** acoperă efectuarea unui control preventiv al stării de sănătate a **asiguratului**, în vederea diminuării probabilității de producere a riscului asigurat, ce constă în:

- a. setul anual de analize;
- b. anamneza și istoricul medical al **asiguratului**;
- c. recomandări în funcție de rezultatele obținute.

Această acoperire va putea fi accesată prin programare în Call Center, în clinicile din cadrul Rețelei Regina Maria prezentate pe site-ul [www.groupama.ro](http://www.groupama.ro).

Serviciile medicale accesate ca urmare a recomandărilor din partea medicului din cadrul Rețelei rezultate din efectuarea controlului anual periodic se vor accesa conform acoperirilor pachetului de asigurare.

Setul anual de analize, în funcție de sexul asiguratului, este detaliat în „Lista de servicii medicale” corespunzătoare Pachetului de acoperiri contractat.

## 3. CONSULTAȚII MEDICALE în Rețeaua privată de sănătate

**Asigurătorul** acoperă costul consultațiilor medicale pe care **asiguratul** le va efectua la cabinetul medicului – membru al Rețelei private de sănătate, în limita sumei asigurate, a Pachetului de acoperiri și conform „Listei de acoperiri” și a „Listei de servicii medicale”, ori de câte ori acesta are nevoie, pe durata Contractului de asigurare, în vederea diminuării probabilității producerii riscului asigurat.

Accesul la consultații medicale și programarea acestora se face exclusiv prin Call Center, cu excepția situațiilor de urgență în care **asiguratul** se prezintă direct la camera de gardă a spitalelor din Rețeaua privată de sănătate.

**Asiguratul** are obligația de a achita integral coplata, acolo unde aceasta este menționată în „Lista de servicii medicale”, pentru serviciul medical prestat.

Serviciile medicale marcate special în „Lista de servicii medicale” se acoperă numai la recomandarea medicului din cadrul Rețelei private de sănătate.

Lista specialităților medicale acoperite de prezenta Asigurare, conform Pachetului de acoperiri contractat: Medicină Generală, Pediatrie (numai pentru copiii asigurați), Obstetrică-Ginecologie, Oftalmologie, Dermatologie, Alergologie și Imunologie clinică, Boli infecțioase, Cardiologie, Chirurgie generală, Diabet și Boli metabolice, Endocrinologie, Gastroenterologie, Hematologie, Nefrologie, Neurologie, Oncologie, ORL, Ortopedie și Traumatologie, Pneumoftiziologie, Reumatologie, Urologie, Psihiatrie, Psihologie/ Psihoterapie.

Consultațiile medicale cuprind anamneza, examen clinic, diagnosticul, indicația medicamentoasă și/ sau indicații igienicodietetice.

Consultațiile la psihologie/ psihoterapie nu pot fi urmate de recomandări sau prescripții medicale, deoarece profesia de psiholog nu se încadrează în categoria profesiilor medicale.

**Asigurătorul** nu acoperă consultații medicale efectuate în afara Rețelei private de sănătate.

## 4. SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ în Rețeaua privată de sănătate

Pentru situațiile medicale de urgență, ori de câte ori este nevoie pe durata Contractului de asigurare, asiguratul are la dispoziție Hotline-ul Medical al asigurătorului, unde medicul poate identifica urgența medicală, oferă indicații de programare la un consult medical, comunică asiguratului necesitatea solicitării unei ambulanțe.

În Camera de gardă se oferă asiguraților consultația, ori de câte ori este nevoie, fără programare prealabilă, zilnic în intervalul orar specificat și exclusiv în camerele de gardă ale Spitalelor Regina Maria indicate în Lista de servicii medicale ambulatorii.

Pentru serviciile medicale efectuate asiguratului în cadrul camerei de gardă a Spitalelor Regina Maria, în afara limitelor și a intervalului orar specificate în “Lista de servicii medicale ambulatorii”, Asiguratul va suporta în totalitate costul acestora.

Pentru serviciile neacoperite de prezenta asigurare, asiguratul va suporta costul serviciilor medicale.

## 5. SERVICII MEDICALE STOMATOLOGICE în Rețeaua privată de sănătate

**Asiguratul** are acces la servicii stomatologice, ori de câte ori are nevoie, în limita Pachetului de acoperiri și a „Listei de servicii medicale”.



**Asiguratul** are obligația de a achita integral coplata, acolo unde aceasta este menționată în "Lista de servicii medicale", pentru serviciile medicale stomatologice prestate, ori de câte ori are nevoie, în vederea diminuării probabilității de producere a riscului asigurat.

În cazul în care **asiguratul** are nevoie de servicii medicale stomatologice care nu se regăsesc în „Lista de servicii medicale” oferite de Rețeaua privată de sănătate, **asiguratul** va suporta costul serviciilor medicale respective.

## 6. TESTE DE LABORATOR ȘI INVESTIGAȚII DE IMAGISTICĂ în Rețeaua privată de sănătate

Testele de laborator din prezenta asigurare acoperă peste 200 de indicatori, ori de câte ori **asiguratul** are nevoie, în vederea diminuării probabilității de producere a riscului asigurat, în conformitate cu „Lista de servicii medicale”.

Tipurile de teste de laborator acoperite, în limita Pachetului de acoperiri, sunt: hematologie, biochimie, analize urină, bacteriologie, electroforeză, electroliți, enzime, hemostază și coagulare, markeri virali, parazitologie, hormoni, imunologie, markeri tumorali, markeri infecțioși.

În cadrul serviciilor medicale de Imagistică sunt acoperite în limita Pachetului de acoperiri: ecografie, computer tomograf, RMN (rezonanță magnetică nucleară), osteodensiometrie, mamografie, radiologie.

„Lista de servicii medicale” detaliată este pusă la dispoziția **contractantului/ asiguratului** la începutul Contractului de asigurare și oricând pe parcursul asigurării, în urma solicitării scrise adresate **asigurătorului**.

Serviciile medicale de imagistică și analizele de laborator din „Lista de servicii medicale” se acoperă conform pachetului de acoperiri, numai cu recomandarea medicului din Rețeaua privată de sănătate, recomandare obținută în urma unui consult efectuat în Rețeaua privată de sănătate.

**Asiguratul** are obligația de a achita integral coplata, acolo unde aceasta este menționată în „Lista de servicii medicale”, pentru serviciul medical prestat.

În cazul în care **asiguratul** are nevoie de alte servicii medicale, care nu se regăsesc în „Lista de servicii medicale” oferite de Rețeaua privată de sănătate, **asiguratul** va suporta costul serviciilor medicale respective.

## 7. SERVICII MEDICALE DE RECUPERARE în Rețeaua privată de sănătate

**Asiguratul** are acces la servicii de recuperare medicală, ori de câte ori are nevoie, în limita Pachetului de acoperiri și a “Listei de servicii medicale”.

Serviciile medicale de recuperare medicală DAVID se acoperă conform pachetului de acoperiri (dacă sunt incluse), numai cu recomandarea medicului din Rețeaua privată de sănătate, recomandare obținută în urma unui consult efectuat în Rețeaua privată de sănătate.

**Asiguratul** are obligația de a achita integral coplata, acolo unde aceasta este menționată în „Lista de servicii medicale”, pentru serviciul medical prestat.

În cazul în care **asiguratul** are nevoie de alte servicii medicale, care nu se regăsesc în „Lista de servicii medicale” oferite de Rețeaua privată de sănătate, **asiguratul** va suporta costul serviciilor medicale respective.

## 8. PROTOCOL SARCINĂ ȘI GIMNASTICĂ GRAVIDE în Rețeaua privată de sănătate

Protocelele de sarcină acoperă consultații, teste de laborator, investigații de imagistică specifice fiecărui trimestru de sarcină, prezentate detaliat în "Protocolul de sarcină", parte distinctă din „Lista de servicii medicale”.

Serviciile din „Protocolul de sarcină” se acoperă numai la recomandarea medicului din Rețeaua privată de sănătate.

**Asiguratul** are obligația de a achita integral coplata pentru serviciul medical prestat, acolo unde aceasta este menționată în "Protocolul de sarcină".

În cazul în care **asiguratul** are nevoie de alte servicii medicale care nu se regăsesc în "Protocolul de sarcină" oferit de Rețeaua privată de sănătate sau după atingerea limitelor prevăzute pentru fiecare serviciu medical, **asiguratul** va suporta costul serviciilor medicale respective.

## 9. VACCINĂRI în Rețeaua privată de sănătate

Prezenta asigurare acoperă manopera pentru vaccinările conform pachetului de acoperiri contractat și „Listei de servicii medicale”.

În cazul în care asiguratul are nevoie de alte servicii medicale, care nu se regăsesc în „Lista de servicii medicale” oferite de Rețeaua privată de sănătate, asiguratul va suporta costul serviciilor medicale respective..

## 10. SERVICII SPECIALE în Rețeaua privată de sănătate

**Asiguratul** are acces la servicii speciale ori de câte ori are nevoie, în vederea diminuării probabilității de producere a riscului asigurat, în limita Pachetului de acoperiri și a „Listei de servicii medicale”, pentru următoarele servicii:

- acces și depozitare în Banca Centrală de Celule Stem;
- One Day Check - up;
- consultații în Parteneriatul Academic.

**Asiguratul** are obligația de a achita integral coplata, acolo unde aceasta este menționată în „Lista de servicii medicale”, pentru serviciul medical prestat.

În cazul în care **asiguratul** are nevoie de alte servicii medicale, care nu se regăsesc în „Lista de servicii medicale” oferite de Rețeaua privată de sănătate, **asiguratul** va suporta costul serviciilor medicale respective.

## 11. Servicii medicale ambulatorii efectuate în afara Rețelei private de sănătate

**Asigurătorul** acoperă servicii medicale ambulatorii efectuate în afara Rețelei private de sănătate numai pentru pachetele de asigurare care au inclus expres acest acces în afara Rețelei și strict în limitele și conform Procedurii de despăgubire în cazul accesării serviciilor medicale în afara rețelei Regina Maria, respectiv în limitele pachetelor de asigurare contractate cu acces în afara Rețelei.

În cazul în care asiguratul are nevoie de alte servicii medicale, care nu se regăsesc în Pachetul contractat și „Lista de servicii medicale ambulatorii” oferite în afara rețelei Regina Maria conform Procedurii de despăgubire în cazul accesării serviciilor medicale în afara rețelei sau costurile depășesc limita maximă acoperită, asiguratul va suporta costul serviciilor medicale respective.

## 12. CLAUZE NEUZUALE

Prevederile aferente Condițiilor Speciale constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către asigurat/ contractant/ persoana dependentă prin semnarea Poliței de asigurare.

# CLAUZELE ASIGURĂRII DUMNEAVOASTRĂ

## CONDIȚII DE ASIGURARE CLAUZA SUPPLEMENTARĂ PENTRU SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ

Prezentele Condiții de asigurare reglementează clauza suplimentară pentru spitalizare din orice cauză, alături de Condițiile generale privind Asigurarea Medicală Integrală.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această clauză suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele Condiții de asigurare. Definițiile unor termeni care se regăsesc în Condițiile de asigurare sunt:

<b>Complicație:</b>	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau a tratamentelor efectuate în perioada de spitalizare acoperită prin prezenta asigurare și care determină o nouă perioadă de spitalizare.
<b>Indemnizația zilnică de spitalizare:</b>	suma de bani pe care <b>asigurătorul</b> o plătește <b>asiguratului</b> pentru o zi de spitalizare, în cazul în care acesta este internat, conform prezentelor Condiții de asigurare.
<b>Recidiva medicală:</b>	reapariția bolii sau a condiției medicale a pacientului, care a impus tratament sau spitalizare, recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi proceduri medicale prin internare.
<b>Suma asigurată pentru spitalizare:</b>	limita maximă a indemnizației de asigurare pe care <b>asigurătorul</b> o plătește în cazul producerii riscului asigurat. Suma asigurată se calculează prin înmulțirea valorii indemnizației cu numărul zilelor de spitalizare, în limitele prevăzute în prezentele Condiții de asigurare și în „Lista de acoperiri”.

### 1. OBIECTUL ASIGURĂRII

- 1.1** În cazul în care, pe durata asigurării, **asiguratul** va necesita o internare într-un spital, în scop de tratament, ca urmare a unui accident sau a unei boli, iar pentru această internare s-a obținut autorizarea și formularul de trimitere de la un medic, **asigurătorul** se obligă să plătească, în baza prezentei clauze suplimentare, în limitele și conform condițiilor stabilite, indemnizația de asigurare cuvenită, în cuantumul și duratele prevăzute în „Lista de acoperiri”, dacă a fost plătită prima de asigurare.
- 1.2** **Asigurătorul** va plăti indemnizația zilnică de spitalizare, pentru:
  - spitalizare de zi/în ambulatoriu;
  - spitalizare continuă,ce va avea loc în perioada de valabilitate a asigurării.
- 1.3** Perioada de spitalizare maximă pentru un eveniment asigurat este precizată în Lista de acoperiri. Spitalizarea în ambulatoriu reprezintă echivalentul unei zile de spitalizare.
- 1.4** Pentru primele 30 de zile de la data intrării în valabilitate a prezentei clauze, se acordă indemnizația zilnică de asigurare, numai pentru riscul asigurat produs ca urmare a unui accident. Această prevedere nu se aplică în cazul reînnoirii anuale neîntrerupte a prezentei asigurării. În cazul întreruperii continuității acestei clauze suplimentare, reluarea acesteia se poate face numai cu acordul părților.
- 1.5** Prin prezenta clauză suplimentară sunt acoperite maxim cinci spitalizări pe durata anului de asigurare, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive apărute la maxim 90 de zile de la prima externare, dacă nu se precizează altfel în Lista de acoperiri ca număr maxim de zile de spitalizare pentru un eveniment asigurat și/sau pentru un an de asigurare.
- 1.6** Clauza suplimentară pentru spitalizare se aplică numai pentru cazurile în care pe durata spitalizării nu se efectuează o intervenție chirurgicală.

- 1.7 În cazul spitalizării în scop de tratament în cadrul Rețelei private de sănătate, **asigurătorul** va acoperi în limitele și conform condițiilor stabilite (durată, suma maximă), costurile spitalizării, incluzând cazare, masă, consultații, proceduri și analize efectuate, investigații, precum și consumabilele medicale (seringi, ace, catetere, set perfuzii, fașe, pansamente, etc), și medicamentele administrate de Spital pe durata spitalizării, excepție făcând medicamentele achiziționate pe baza prescripției medicale de către **asigurat** și orice alte materiale și dispozitive cu rol de proteză. Nu sunt acoperite tarife speciale și/ sau suplimentare ale personalului medical, inclusiv ale medicilor.
- 1.8 În cazul spitalizării copilului dependent în scop de tratament, în cadrul Rețelei private de sănătate, **asigurătorul** va acoperi în limitele și conform condițiilor stabilite (durată, suma maximă), costurile de cazare și masa pentru un însoțitor adult (aparținător legal), pe întreaga perioadă de spitalizare a copilului dependent.  
În această situație, costurile de cazare și masă ale însoțitorului adult sunt acoperite în limitele și conform condițiilor stabilite (durată, suma maximă) asigurării copilului dependent, cumulată cu costurile spitalizării acestuia.
- 1.9 În cazul spitalizării în scop de tratament în afara Rețelei private de sănătate, **asigurătorul** va plăti către **asiguratul/ beneficiarul** poliței valoarea indemnizației de asigurare, indiferent de valoarea costului spitalizării, în limitele și conform condițiilor stabilite (durată și sumă maximă).

## 2. ÎNCHEIEREA CLAUZEI SUPLIMENTARE

- 2.1 Prezenta clauză suplimentară poate fi contractată de persoanele care îndeplinesc criteriile de eligibilitate prevăzute la art. 3.4. din condițiile generale de asigurare.
- 2.2 Clauza suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare, odată cu asigurarea de bază.

## 3. PRIMA DE ASIGURARE

- 3.1 Prima de asigurare este stabilită de **asigurător** pe baza calculului actuarial, în funcție de suma asigurată, durata asigurării, numărul de asigurați ai grupului.
- 3.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății aferente prezentei clauze suplimentare sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.

## 4. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 4.1 **Asiguratul** trebuie să obțină autorizarea **asigurătorului** pentru efectuarea spitalizării înainte de data internării.
- 4.2 Pentru o spitalizare continuă, numărul zilelor de spitalizare se va calcula în funcție de numărul de nopți petrecute în spital, indiferent de ora internării sau a externării.
- 4.3 Pentru spitalizarea autorizată efectuată în Rețeaua privată de sănătate, indemnizația de spitalizare va fi achitată direct de **asigurător** către Rețea, în limita sumei asigurate și a limitei indemnizației zilnice și duratei din „Lista de acoperiri”.
- 4.4 Pentru spitalizarea autorizată efectuată în afara Rețelei private de sănătate, indemnizația de spitalizare va fi achitată de **asigurător** către **asigurat/ beneficiar**, în limita sumei asigurate și a limitei indemnizației zilnice și duratei din „Lista de acoperiri”.
- 4.5 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă spitalizarea s-a efectuat în afara Rețelei, **asiguratul/ contractantul/ beneficiarul** este obligat să transmită documentele specificate în Condițiile generale art. 11.5.
- 4.6 Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către **asigurat/ contractant/ beneficiar**.
- 4.7 **Asigurătorul** va determina quantumul indemnizației de asigurare care urmează a fi plătită, în funcție de documentele constitutive ale dosarului de daună și în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții de asigurare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea riscului asigurat. Prin încheierea prezentei

clauze suplimentare, **asiguratul** îl mandatează pe **asigurător** să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată stabili împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat. **Asigurătorul** are dreptul de a investiga prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat, starea de sănătate a **asiguratului** și toate procedurile care au fost îndeplinite în vederea spitalizării.

- 4.8** Plata indemnizației de asigurare, în cazul spitalizării efectuate în afara Rețelei, se va face după cel mult 15 zile de la data depunerii ultimului document necesar stabilirii de către **asigurător**, cu exactitate, a împrejurărilor și a cauzelor producerii riscului asigurat.
- 4.9** Plata indemnizației de asigurare prin decontare directă către furnizorul de servicii medicale se va face în lei, la cursul BNR de la data facturării, în timp ce plata indemnizației de asigurare către **asiguratul/ beneficiarul** specificat în cererea privind plata indemnizației de asigurare se va face în lei, la cursul BNR de la data plății intrun cont bancar al **asiguratului/ beneficiarului** deschis la o bancă de pe teritoriul României.
- 4.10** Pentru cazurile în care spitalizarea depășește acoperirile prezentei asigurări, costurile suplimentare vor fi suportate de **asigurat**.
- 4.11** În cazul decesului **asiguratului** înainte de plata indemnizației de asigurare, pentru spitalizarea în afara Rețelei, aceasta va fi plătită **beneficiarilor** desemnați, iar în cazul în care nu au fost desemnați, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 4.12** Începerea procedurii de stabilire și evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a indemnizației de asigurare.

## 5. EXCLUDERI

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

- a. tratamentul unor consecințe/ complicații ale unor afecțiuni existente, survenite ca urmare a nerespectării prescripției medicale sau a planului de tratament stabilit de către medic;
- b. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală, mai puțin situațiile accidentale;
- c. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident;
- d. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei clauze suplimentare;
- e. chirurgia și implantologia estetică;
- f. infertilitatea, sterilitatea, fecundarea artificială;
- g. întreruperea de sarcină, cu excepția cazurilor în care există recomandarea medicului pentru o necesitate medicală;
- h. spitalizarea finalizată cu naștere, nașterea;
- i. spitalizare pe durata sarcinii, cu excepția cazurilor în care spitalizarea este recomandată de către medic ca urmare a riscului de avort;
- j. controalele medicale de rutină, monitorizarea, cercetările exploratorii sau investigațiile; tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale; asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapia, tratamentele balneoclimaterice etc.);
- k. bolile congenitale, indiferent de data manifestării și/ sau diagnosticării;
- l. bolile cu transmitere sexuală;
- m. epidemia națională sau pandemia, confirmate de autoritățile competente.

## 6. ÎNCETAREA VALABILITĂȚII CLAUZEI SUPLIMENTARE

Prezenta clauză suplimentară încetează:

- a. odată cu încetarea Certificatului de asigurare de bază, conform Condițiilor generale de asigurare;
- b. la epuizarea perioadei maxime de spitalizare și/ sau a sumei asigurate, aferente prezentei clauze suplimentare.

## 7. TERITORIALITATE

Prezenta clauză acoperă spitalizarea numai în România.

Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

## 8. CLAUZE NEUZUALE

Sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către **asigurat/ contractant** prin semnarea Poliței de asigurare următoarele articole: **1.4, 1.7., 1.8., 5, 6 și 7.**

## CONDIȚII DE ASIGURARE CLAUZA SUPPLEMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ

Prezentele Condiții de asigurare reglementează Clauza suplimentară pentru intervenții chirurgicale din orice cauză, alături de Condițiile generale privind Asigurarea Medicală Integrală.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această clauză suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele Condiții de asigurare.

### 1. OBIECTUL ASIGURĂRII

- 1.1** În cazul în care **asiguratul** suferă o intervenție chirurgicală în scop de tratament, în perioada de valabilitate a acestei clauze suplimentare, în urma unui accident sau a unei boli, **asigurătorul** va plăti indemnizația de asigurare, dacă a autorizat efectuarea acesteia, conform Condițiilor de asigurare și a Listei de acoperiri. Dacă intervenția chirurgicală nu a fost autorizată de **asigurător**, acesta nu are obligația de plată dacă din acest motiv nu a putut stabili cu certitudine responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare.
- 1.2** **Asiguratul** trebuie să obțină autorizarea **asigurătorului** pentru efectuarea intervenției chirurgicale înainte de data internării, însă nu mai târziu de data efectuării intervenției chirurgicale. În cazul imposibilității obținerii autorizării înainte de efectuarea intervenției chirurgicale, **asiguratul** are dreptul să solicite **asigurătorului** plata indemnizației de asigurare de la **asigurător** în termenul prevăzut de lege pentru dreptul de a solicita despăgubirea.
- 1.3** Intervențiile chirurgicale pot fi efectuate în cadrul Rețelei private de sănătate sau în afara Rețelei.
- 1.4** Pentru primele 30 de zile de la data intrării în valabilitate a acestei clauze, sunt acoperite numai intervențiile chirurgicale efectuate ca urmare a unui accident. Această prevedere nu se aplică în anii în care această clauză a fost reînnoită anual, neîntrerupt. Pentru orice întrerupere a continuității acestei clauze suplimentare, la reluarea acesteia, **asigurătorul** va specifica condițiile de acceptare în asigurare ca urmare a întreruperii asigurării. **Asigurătorul** își rezervă dreptul să refuze reînnoirea poliței.
- 1.5** Indemnizațiile de asigurare plătite de **asigurător** pentru anul de asigurare în curs se încadrează în limita maximă de 100% din suma asigurată specificată în Polița de asigurare.
- 1.6** În cazul intervenției chirurgicale în scop de tratament în cadrul Rețelei private de sănătate, sau în afara rețelei, în spital privat, **asigurătorul** va acoperi în limitele și conform condițiilor stabilite (maxim valoare indemnizație/ eveniment, suma maximă asigurată) costul internării, incluzând cazare, masă, cost manoperă chirurgicală autorizată efectuată de către medic cu tarif standard (medici fără tarife suplimentare – principal, secundar, anestezist etc.), consultații, proceduri și analize efectuate, investigații precum și consumabilele medicale (seringi, ace, catetere, set perfuzii, fașe, pansamente, etc), costul medicamentelor administrate în timpul efectuării procedurilor medicale, precum și costul examenelor histopatologice intra și extra operator și orice alte materiale și dispozitive fără rol de proteză. Costul examenelor histopatologice este acoperit numai în condițiile în care sunt necesare și recomandate de către medicul chirurg, probele biologice sunt recoltate în timpul intervenției chirurgicale din organele/ țesuturile asupra cărora s-a intervenit chirurgical și, dosarul de despăgubire este soluționat favorabil.
- 1.7** În cazul intervenției chirurgicale în scop de tratament a copilului dependent, în cadrul Rețelei private de sănătate sau în afara rețelei, în spital privat, **asigurătorul** va acoperi în limitele și conform condițiilor stabilite (maxim valoare indemnizație/ eveniment, suma maximă asigurată), costurile de cazare și masa pentru un însoțitor adult (aparținător legal), pe întreaga perioadă de spitalizare a copilului dependent. În această situație, costurile de cazare și masă ale însoțitorului adult sunt acoperite în limitele și conform condițiilor stabilite (maxim valoare indemnizație/ eveniment, suma maximă asigurată) asigurării copilului dependent, cumulativ cu costurile spitalizării acestuia.

## 2. ÎNCHEIEREA CLAUZEI SUPPLEMENTARE

- 2.1 Prezența clauză suplimentară poate fi contractată de persoanele care îndeplinesc criteriile de eligibilitate prevăzute la art. 3.4. din condițiile generale de asigurare.
- 2.2. Clauza suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Certificatul de asigurare.

## 3. PRIMA DE ASIGURARE

- 3.1 Prima de asigurare este stabilită de **asigurător** pe baza calculului actuarial, în funcție de suma asigurată, durata asigurării, numărul de asigurați ai grupului.
- 3.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei clauze suplimentare, sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.

## 4. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 4.1 În funcție de unitatea medicală unde are loc intervenția chirurgicală, plata indemnizației de asigurare se face după cum urmează:
  - a. dacă intervențiile chirurgicale autorizate se efectuează în Rețeaua privată de sănătate, costul acestora se achită direct Rețelei de către **asigurător**;
  - b. dacă intervențiile chirurgicale, în urma autorizării de către **asigurător**, sunt efectuate în afara Rețelei, indemnizația de asigurare se acordă **asiguratului**, după prezentarea documentelor necesare pentru acordarea acesteia către **asigurător**, în limitele pachetului de servicii achiziționat, după cum urmează:
    - 100% din valoarea facturată a costurilor acoperite conform art. 1.6 și 1.7, în limita sumei asigurate din „Lista de acoperiri”, în conformitate cu limitele pachetului de servicii, dacă intervenția chirurgicală este efectuată într-un spital privat;
    - valoarea indemnizației de asigurare conform tabelului de clasificare a intervențiilor chirurgicale, în conformitate cu limitele pachetului de servicii, dacă intervenția chirurgicală este efectuată într-un spital de stat.
- 4.2 În tabelul „Clasificarea intervențiilor chirurgicale” sunt prezentate cele mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora.

Dacă intervenția chirurgicală nu este prevăzută în tabel, atunci **asigurătorul** va considera o indemnizație de asigurare similară cu cea pentru o intervenție chirurgicală cu același grad de dificultate.
- 4.3 Pe durata anului de asigurare, **asigurătorul** va plăti indemnizația de asigurare pentru intervențiile chirurgicale efectuate în afara Rețelei private de sănătate, dacă aceasta are loc într-un spital de stat, în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale, astfel:
  - intervenție chirurgicală cu dificultate foarte mică - 10% din suma asigurată/ eveniment;
  - intervenție chirurgicală cu dificultate mică - 25% din suma asigurată/ eveniment;
  - intervenție chirurgicală cu dificultate medie - 50% din suma asigurată/ eveniment;
  - intervenție chirurgicală cu dificultate mare - 75% din suma asigurată/ eveniment;
  - intervenție chirurgicală cu dificultate foarte mare - 100% din suma asigurată/ eveniment.
- 4.4 **Asigurătorul** are dreptul să investigheze, prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a **asiguratului** și toate procedurile care au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 4.5 În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, pentru intervențiile chirurgicale efectuate în afara Rețelei private de sănătate, **asiguratul/ contractantul/ beneficiarul** este obligat să



transmită documentele specificate în Condițiile generale **art. 11.5**, precum și documentele de plată emise de către Spital, în cazul în care intervenția chirurgicală a fost efectuată într-un Spital privat.

- 4.6** Plata indemnizației de asigurare, în cazul intervenției chirurgicale efectuate în afara Rețelei, se va face după cel mult 15 zile de la data depunerii ultimului document necesar stabilirii de către **asigurător**, cu exactitate, a împrejurărilor și a cauzelor producerii riscului asigurat.
- 4.7** Plata indemnizației de asigurare prin decontare directă către furnizorul de servicii medicale se va face în lei, la cursul BNR de la data facturării, în timp ce plata indemnizației de asigurare către **asiguratul/ beneficiarul** specificați în formularul privind plata indemnizației de asigurare se va face în lei, la cursul BNR de la data plății, într-un cont bancar al **asiguratului/ beneficiarului** deschis la o bancă de pe teritoriul României.
- 4.8** Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către **asigurat**.
- 4.9** Dacă decesul **asiguratului** se produce înainte de plata indemnizației de asigurare cuvenite, aferentă acestei clauze, pentru intervenții chirurgicale efectuate în afara Rețelei, aceasta va fi plătită **beneficiarilor** în caz de deces al **asiguratului/ moștenitorilor**.
- 4.10** Începerea procedurii de stabilire și de evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a indemnizației de asigurare. Obținerea autorizării prealabile a intervenției chirurgicale nu reprezintă o garanție a recunoașterii obligației de plată a indemnizației de asigurare.

## 5. EXCLUDERI

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

- a. efectuarea intervenției chirurgicale de către o persoană care se află în relații de rudenie cu pacientul (părinți, copii, frați, bunici), inclusiv soțul /soția, cu excepția situațiilor în care **asiguratul** și-a exprimat acordul expres în acest sens;
- b. procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale executate în mod necorespunzător, altfel decât conform standardelor medicale;
- c. procedurile, tehnicile și manevrele medico-chirurgicale care, indiferent de scopul urmărit, presupun efectuarea obligatorie a unei proceduri de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor accidentului;
- d. chirurgia sau implantologia estetică;
- f. chirurgia plastică și reparatorie, exceptând materialele sintetice sau biologice de osteosinteza/ artroplastie, necesare din punct de vedere medical și considerate ca indispensabile efectuării intervenției chirurgicale, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei clauze suplimentare;
- g. tratamentul unor consecințe/ complicații ale unor afecțiuni existente, survenite ca urmare a nerespectării prescripției medicale sau a planului de tratament stabilit de către medic;
- h. afecțiunile superficiale și manevrele de la nivelul: pielii, conjunctivei, corneei, intranasal (incizii, excizii, sutură) efectuate fără spitalizare;
- i. afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii cauzate de accident;
- j. orice investigații invazive, inclusiv tehnicile de diagnosticare sau cele preoperatorii; monitorizarea;
- k. intervențiile chirurgicale și investigațiile intervenționale, dacă acestea au ca scop investigarea sau tratamentul unei cauze a sterilității, infertilității, fecundarea artificială, indiferent care este diagnosticul care impune efectuarea intervenției chirurgicale; contracepția;
- l. întreruperea de sarcină, cu excepția cazurilor în care există recomandarea medicului în baza existenței unei necesități medicale;
- m. nașterea;

- n. tentativa de sinucidere sau de auto-rănire a **asiguratului**, indiferent de starea sa de rațiune;
- o. bolile congenitale, indiferent de data la care acestea sunt manifestate/ diagnosticate;
- p. bolile cu transmitere sexuală.

## 6. ÎNCETAREA VALABILITĂȚII CLAUZEI SUPLIMENTARE

Prezenta clauză suplimentară încetează:

- a. la încetarea Certificatului de asigurare de bază, conform Condițiilor generale de asigurare;
- b. la epuizarea sumei asigurate, aferente prezentei clauze suplimentare.

## 7. TERITORIALITATE

Prezenta clauză acoperă intervențiile chirurgicale numai în România.

Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

## 8. CLAUZE NEUZUALE

Sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către **asigurat/ contractant** prin semnarea Poliței de asigurare următoarele articole: **1.4, 1.6, 1.7, 4.1, 4.3, 5, 6 și 7.**

### CLASIFICAREA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE

	Procent din suma asigurată/eveniment	Dificultate
<b>INDEMNIZAȚIA PENTRU INTERVENȚII CHIRURGICALE</b>	100%	FOARTE MARE
	75%	MARE
	50%	MEDIE
	25%	MICĂ
	10%	FOARTE MICĂ

### CAP-GÂT

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

**SÂN**

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

**ABDOMEN**

Laparoscopie	MICĂ
Laparotomie	MEDIE
Apendicectomie	MEDIE
Hernii (inghinală unilaterală sau bilaterală, hernie femurală, hernia liniei albe)	MEDIE
Celiocel (laparocel) vizibil postoperator	MARE
Hernie hiatală (Hiatus hernia)	MARE
Gastrectomie pentru ulcer	MARE
Gastrectomie totală pentru cancer	FOARTE MARE
Vagotomie, piloroplastie, antrectomie cu gastroenteroanastomoză	MARE
Vagotomie supraselectivă și piloroplastie	MARE
Sutura ulcerului perforat	MEDIE
Rezecția diverticulilor duodenali	MARE
Rezecția unui fragment al intestinului subțire și anastomoză	MARE
Jejunostomie - Ileostomie - Transverstomie -Sigmoidostomie	MEDIE
Obstrucție intestinală fără rezecția intestinului	MEDIE
Obstrucție intestinală cu rezecția intestinului	MARE
Ocluzie intestinală fără rezecția intestinului	MEDIE
Rezecția unei părți (fragment) a intestinului gros cauzată de cancer, de o tumoare sau de o inflamație	MARE
Rezecția perineoceliacă a rectului	FOARTE MARE
Volvulus (ocluzie intestinală)	MARE
Proptosis rectal (intervenție chirurgicală abdominală)	MARE
Fistulă perianală	MICĂ
Stenoză circulară	MICĂ
Rezecția polipilor rectali Abces perianal – incizie	MICĂ
Abces perianal – incizie	MICĂ
Hemoroidectomie	MEDIE
Proctoectomie (ectectomie) totală	FOARTE MARE
Anastomoze bilio-digestive	FOARTE MARE

**FICAT ȘI CĂI BILIARE**

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

**VENE**

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

**PANCREAS**

Cancer al capului pancreasului	MARE
Pancreatoduodenoectomie	FOARTE MARE
Chist pancreatic	MARE
Sfincterectomie	MARE

**SPLINĂ – SUPRARENALĂ**

Splenectomie (Lienectomie)	MARE
Rezecția glandelor suprarenale sau a unei tumori a acestora	FOARTE MARE

**SISTEMUL SIMPATIC**

Simpatectomie unilaterală (Rezecția unilaterală a sistemului simpatic - ganglioni și/sau nervi)	MEDIE
Simpatectomie bilaterală (Rezecția bilaterală a sistemului simpatic - ganglioni și/sau nervi)	MARE

**GANGLIONI ȘI GLANDE LIMFATICE**

Rezecția "en block" a ganglionilor și glandelor limfatice din zona axilei sau inghinală	MARE
Boala Hodgkin	MARE

**TENDOANE ȘI LIGAMENTE**

Tenotomie	MICĂ
Sutura tendoanelor	MICĂ
Transplant de tendoane	MEDIE
Ligamentoplastie	MEDIE

**PIELE ȘI ȚESUTURI CUTANATE ȘI SUBCUTANATE**

Incizia și drenajul inflamațiilor, sutura contuziilor	FOARTE MICĂ
Rezecția unei tumori a pielii sau a țesuturilor subcutanate	MICĂ

Rezecția microtumurilor benigne inflamative sau a altor afecțiuni (flegmoane ale pielii, înrudite cu acestea)	FOARTE MICĂ
Rezecția unor mici procese inflamative sau congenitale ale pielii	MICĂ
Chist al coccisului	MICĂ
Melanom malign, operare radicală sau operație plastică	MARE
Transplant de piele, grefă simplă	MICĂ
Grefă pedunculară	MEDIE
Sutură plăgi (postraumatică)	MICĂ

#### **DIVERSE**

Sinus pilonidal	MICĂ
Anastomoze arteriovenoase (șunt)	MARE

#### **OPERAȚII TORACICE**

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

#### **OPERAȚII UROLOGICE**

Pielotomie cu extracția calculilor renali	MARE
Pieloplastie	FOARTE MARE
Ureterotomie cu extracția calculilor ureterali	MARE
Nefrostomie	MARE
Transplant de uretere	MARE
Cistotomie suprapubică	FOARTE MARE
Rezecția unui diverticul al vezicii urinare	MARE
Cistectomie parțială	MEDIE

Cistectomie totală (cu transplant de uretere)	FOARTE MARE
Rezecția calculilor vezicii urinare prin operație	MEDIE
Orchiectomie - Epididimectomie - Extirparea chistului unui vas deferent	MEDIE
Hidrocel	MEDIE
Varicocel	MEDIE
Peritomie	MICĂ
Prostatectomie	MARE
Amputarea penisului (totală sau parțială)	MARE

#### OPERAȚII OTORINOLARINGOLOGICE

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

#### OPERAȚII OFTALMOLOGICE

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

**OPERAȚII NEUROCHIRURGICALE**

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

**NERVI CRANIENI**

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

**MĂDUVA SPINĂRII**

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

**NERVI PERIFERICI**

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

**OPERAȚII ORTOPEDICE**

Închiderea unei fracturi deschise (pe oase lungi)	MARE
Operarea unei fracturi complicate a oaselor lungi	MARE
Închiderea unei fracturi deschise a altor oase	MEDIE
Reducerea sub narcoză a unei fracturi închise	MICĂ
Artrotomie care cuprinde și rezecția corpului liber	MEDIE
Artroplastie a unei articulații mari	MARE
Operație de menisc	MEDIE
Osteotomie a oaselor lungi	MARE
Rezecția unei exostoze	MICĂ
Rezecție bursă la articulație mare	MEDIE
Rezecție bursă la articulație mică	MICĂ
Rezecția unui ganglion	MICĂ
Osteosinteză oase lungi	MARE
Osteosinteză oase scurte	MEDIE

**MEMBRE SUPERIOARE**

Operație pentru luxație humerală repetată	MEDIE
Operație pentru sindromul tunelului carpian	MEDIE

**MEMBRE INFERIOARE**

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

**AMPUTĂRI**

De la umăr	MARE
De la braț	MARE
De la cot	MARE
De la antebraț	MARE
De la carpus (articulația radiocarpiană)	MARE
De la articulația șoldului	MARE
De la coapsă	MARE
De la tibie	MARE
De la articulația talocrurală (gleznă)	MARE
De la metatarsus sau metacarpus	MEDIE
Amputări de degete	MEDIE

**OPERAȚII GINECOLOGICE**

Colporafie anterioară și posterioară	MARE
Colporafie numai anterioară sau posterioară	MEDIE
Rezecția glandei Bartholin	MEDIE
Histerectomie vaginală	MARE
Rezecția polipilor colului uterin	MICĂ
Rezecția locală a afecțiunilor colului uterin	MICĂ
Ovarectomie – Salpingectomie	MEDIE
Rezecția unei tumori miofibroase	MEDIE
Rezecția unui chist ovarian	MEDIE
Histerectomie (parțială sau totală)	MARE
Histerectomie Wertheim	FOARTE MARE