

ASIGURAREA DE VIAȚĂ OPTIMIST

CONDIȚII GENERALE

CONDIȚII DE ASIGURARE

| | |
|---|----------|
| Articolul 1. Definiții | 2 |
| Articolul 2. Contractul de asigurare | 3 |
| Articolul 3. Începutul și încetarea asigurării | 3 |
| Articolul 4. Suma asigurată | 4 |
| Articolul 5. Prima de asigurare | 4 |
| Articolul 6. Reînnoirea contractului | 4 |
| Articolul 7. Taxe și comisioane | 5 |
| Articolul 8. Modificarea datelor contractuale | 5 |
| Articolul 9. Desemnarea și schimbarea beneficiarului în caz de deces | 5 |
| Articolul 10. Obligațiile Contractantului | 5 |
| Articolul 11. Obligațiile Asiguratului | 5 |
| Articolul 12. Obligațiile Asigurătorului | 5 |
| Articolul 13. Riscurile asigurate | 6 |
| Articolul 14. Excluderi | 6 |
| Articolul 15. Stabilirea și plata indemnizației de asigurare | 7 |
| Articolul 16. Voucherul de servicii medicale | 8 |
| Articolul 17. Dispoziții finale | 8 |

ANEXA 1

SERVICII MEDICALE SPECIFICE FURNIZATE ÎN BAZA VOUCHERULUI DE SERVICII MEDICALE

| | |
|--|----------|
| A. Descriere | 9 |
| B. Procedura de urmat pentru accesarea serviciilor medicale | 9 |

Prezentele Condiții de Asigurare sunt valabile pentru toate contractele Optimist începând cu 05.12.2022.

ARTICOLUL 1. DEFINIȚII

Accident: eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, care cauzează vătămări corporale, datorate acțiunii subite și violente asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.



Asigurat: persoană fizică, cetățean român sau străin cu domiciliu/ rezidența în România, a cărei viață sau sănătate este asigurată prin contractul de asigurare.

Asigurător: Aegon Towarzystwo Ubezpieczen na Zycie S.A., cu sediul pe Al. Jerozolimskie 162 A, 02-342 Warszawa, număr de ordine în Registrul Asigurătorilor și Reasigurătorilor și intermediarilor în asigurări și/sau reasigurări RX-912, reprezentat pe teritoriul României de Aegon Towarzystwo Ubezpieczen na Zycie S.A. Varsovia - Sucursala Florești, cu sediul pe str. Avram Iancu, Nr. 506-508, Et. 5, 407280 Florești, Cluj, România, Nr. O.R.C.: J12/3192/2011, CUI: 29501352, Operator de date cu caracter personal: 22362/2012.

Beneficiar: persoana fizică îndreptățită după caz să primească conform condițiilor contractuale sau legii, indemnizația de asigurare. În cazul diagnosticării cu cancer, Beneficiar este Asiguratul.

Boală: starea 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 sau de laborator specifice.

Cererea de Asigurare: cererea completată și semnată de Asigurat și Contractant, în baza căreia Asigurătorul emite contractul de asigurare.

Contractant: persoană fizică, cetățean român sau străin cu domiciliu/ rezidența în România, sau persoană juridică care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul și care își asumă responsabilitatea de a plăti primele de asigurare la termenele stabilite.

Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare: data înscrisă în contractul de asigurare la care începe răspunderea Asigurătorului.

Data de maturitate a contractului de asigurare: data la care se împlinește un an de la data de intrare în vigoare sau de la data reînnoirii contractului de asigurare, dată la care încetează răspunderea Asigurătorului.

Deces din accident sau boală: decesul Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare ca urmare a unui accident sau unei boli produse/diagnosticate în perioada de asigurare.

Eveniment asigurat: eveniment care stă la baza producerii riscului asigurat în urma căruia Asigurătorul acordă despăgubiri în baza condițiilor de asigurare.

Indemnizație de asigurare: suma plătită Beneficiarului/Asiguratului în cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Interes asigurabil: motivația financiară existentă între Asigurat și Contractant, sub aspectul interesului legitim de plată a primelor de asigurare, precum și între Asigurat și Beneficiar, sub aspectul interesului legitim de încasare a indemnizației de asigurare.

Moneda contractului de asigurare: moneda în care sunt exprimate primele de asigurare și sumele asigurate. Moneda contractului de asigurare este lei.

Moștenitori: persoanele desemnate conform legislației române în vigoare privitoare la succesiune.

Neoplasm(cancer): tumoră malignă caracterizată de creștere necontrolată și metastaze ale celulelor neoplazice cauzând infiltrarea și distrugerea țesutului normal. Diagnosticul trebuie confirmat în urma examenului histologic. Asigurarea mai acoperă leucemia, limfoame maligne, granulomatoza malignă (boala lui Hodgkin), neoplasm malign al măduvei spinării și cancerul metastatic de piele.

Perioada de așteptare: perioada de 90 de zile calendaristice, calculată de la data semnării cererii de asigurare. Asigurătorul nu va acoperi riscul asigurat dacă diagnosticarea afecțiunii grave – cancer se produce în perioada de așteptare.

Perioada de așteptare nu se aplică pentru continuitatea acoperirii prin asigurare în următoarele situații:

- a. reînnoirea contractului de asigurare;
- b. încheierea unei noi cereri de asigurare cu plata primei de asigurare înainte de data de maturitate a contractului de asigurare inițial. Noua cerere de asigurare poate fi cu o sumă asigurată diferită sau cu Contractant diferit.

Perioada de valabilitate a contractului de asigurare: perioada cuprinsă între data de intrare în vigoare și data de maturitate a contractului de asigurare.

Sistemul Național de Asigurări de Sănătate: sistemul de asigurări sociale de sănătate obligatorii constituit în baza plății contribuțiilor la Fondul Național Unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor legale relevante din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS): instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, al cărei principal obiect de activitate îl reprezintă asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România.

Voucher de servicii medicale: voucherul atașat la Contractul de Asigurare care permite Asiguratului accesul la anumite servicii prestate în cadrul Clinicilor Amethyst, așa cum sunt acestea detaliate în Anexa 1 la prezentele Condiții Generale.

ARTICOLUL 2. CONTRACTUL DE ASIGURARE

1. Contractul de asigurare se încheie pentru o perioadă inițială de un an cu posibilitate de reînnoire pentru perioade succesive egale cu perioada inițială.
2. Poate fi asigurată o persoană care are vârsta cuprinsă între 18 ani și 64 ani la data semnării cererii de asigurare. Vârsta se calculează în ani împliniți la data semnării cererii de asigurare. La data de maturitate a contractului de asigurare, vârsta maximă a Asiguratului nu poate să depășească 65 de ani. Contractantul persoană fizică trebuie să aibă vârsta, la data semnării cererii de asigurare, cuprinsă între 18 și 84 de ani. La maturitatea contractului de asigurare, vârsta maximă a Contractantului nu poate să depășească 85 de ani.
3. Contractantul dispune de dreptul de renunțare la contractul de asigurare de viață, fără a fi necesară invocarea vreunui motiv, în termen de 20 zile calendaristice, calculate de la data emiterii contractului de asigurare. În acest sens, Contractantul va anunța în scris sau prin e-mail Asigurătorul. În acest caz Asigurătorul va restitui valoarea primei de asigurare, dacă în acest interval nu a fost solicitată nicio despăgubire ca urmare a producerii evenimentului asigurat.



ARTICOLUL 3. ÎNCEPUTUL ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII

1. Răspunderea Asigurătorului în baza contractului de asigurare începe la ora 0:00 a zilei următoare emiterii contractului de asigurare, cu condiția achitării primei de asigurare.
2. Răspunderea Asigurătorului în baza contractului de asigurare încetează într-una din următoarele situații:
 - a. la data de maturitate;
 - b. la producerea decesului sau diagnosticării Asiguratului cu o afecțiune gravă-cancer sau la momentul achitării indemnizației de asigurare de către Asigurător, în condițiile Contractului de Asigurare;
 - c. la inițiativa Contractantului, prin denunțare unilaterală;
 - d. la inițiativa Asigurătorului, doar în cazul în care Asiguratul nu își îndeplinește obligațiile menționate în prezentele Condiții Generale.
3. Decizia de denunțare unilaterală a contractului de asigurare, emisă după termenul de 20 zile calendaristice, se comunică de către Contractant în scris sau prin e-mail. Contractul va înceta de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, la ora 0:00 a zilei următoare înregistrării solicitării Contractantului la sediul Asigurătorului.



4. În cazul denunțării unilaterale a contractului, Asigurătorul va returna partea din prima aferentă perioadei cuprinse între data denunțării și data maturității contractului de asigurare. Valoarea primei de returnat se calculează astfel:

$R = P - C$, unde

R – valoarea primei de returnat

P – valoarea inițială a primei

C – costuri* (calculate pro rata).

*costuri – reprezintă costurile suportate de Asigurător în legătură cu contractul de asigurare pentru perioada dintre data intrării în vigoare și data denunțării unilaterale pentru: analiza cererii de asigurare, emiterea și transmiterea prin curier a contractului de asigurare, procesarea contractului de asigurare, costul voucherului de servicii medicale și costul riscului asigurat.

5. Contractul de asigurare încetează de drept, automat, în momentul încheierii colaborării dintre Asigurător și RTC Radiology Therapeutic Center SRL.

ARTICOLUL 4. SUMA ASIGURATĂ

Suma asigurată pentru toate riscurile asigurate este menționată în contractul de asigurare.



ARTICOLUL 5. PRIMA DE ASIGURARE

Contractantul are obligația să achite prima de asigurare anuală. Achitarea acesteia condiționează îndeplinirea obligațiilor Asigurătorului, conform contractului de asigurare.



ARTICOLUL 6. REÎNNOIREA CONTRACTULUI

1. Contractul de asigurare se poate reînnoi anual cu respectarea următoarelor condiții:

a. vârsta Asiguratului să nu depășească limita de 65 de ani la maturitatea contractului de asigurare reînnoit, iar vârsta Contractantului să nu depășească limita de 85 de ani la maturitatea contractului de asigurare reînnoit;

b. plata primei de asigurare înainte de maturitatea contractului de asigurare în vigoare.

2. Dacă prima de asigurare nu a fost achitată înainte de maturitatea contractului de asigurare în vigoare, există o perioadă de grație de 30 de zile calendaristice în care se poate efectua plata primei de asigurare. În perioada de grație, Asiguratul beneficiază de protecția oferită de asigurare. În cazul în care Contractantul nu a efectuat plata primei de asigurare nici în cadrul perioadei de grație, protecția prin asigurare încetează începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare zilei expirării termenului de grație. Dacă în perioada de grație se produce evenimentul asigurat, iar prima de asigurare nu a fost plătită, valoarea acesteia se va deduce din indemnizația de asigurare.

3. Reînnoirea contractului de asigurare va fi confirmată prin emiterea unei anexe de reînnoire la contractul de asigurare.

4. În situații excepționale, Asigurătorul poate propune modificarea valorii primei de asigurare. Această modificare va fi comunicată cu 30 de zile calendaristice înainte de data reînnoirii.



ARTICOLUL 7. TAXE ȘI COMISIOANE

Asigurătorul suportă toate taxele și comisioanele bancare referitoare la plățile efectuate de către acesta (indemnizații de asigurare, restituiri de prime).



ARTICOLUL 8. MODIFICAREA DATELOR CONTRACTUALE

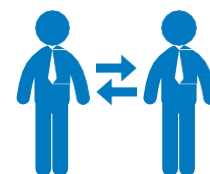
1. Contractantul poate modifica date precum adresă, nume și/sau prenume online, pe platforma www.24aegon.ro, telefonic la numărul de Customer Service Center 0264.224.224, sau prin transmiterea unei cereri pe adresa de e-mail info@aegon.ro.



2. Orice răspuns adresat Contractantului cu privire la solicitările de modificare a datelor contractuale se transmite pe adresa de e-mail a Contractantului sau se înmânează reprezentanților legali ai acestuia.

ARTICOLUL 9. DESEMNAREA ȘI SCHIMBAREA BENEFICIARULUI ÎN CAZ DE DECES

1. Contractantul, cu acordul Asiguratului poate nominaliza unul sau mai mulți Beneficiari în caz de deces cu precizarea procentului din indemnizație convenit fiecăruia și cu condiția existenței interesului asigurabil.



2. Contractantul poate modifica Beneficiarii și/sau procentele din indemnizație oricând

pe durata asigurării, înainte de producerea evenimentului asigurat, cu condiția ca Asiguratul să își dea consimțământul scris. În cererea de modificare se vor menționa datele de identificare ale noului Beneficiar, precum și procentul din indemnizație.

3. Dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a unui act intenționat al Beneficiarului, pentru care s-a pronunțat o hotărâre penală împotriva acestuia, rămasă definitivă și irevocabilă, Beneficiarul este decăzut din dreptul de a încasa indemnizația de asigurare. Prin urmare, plata se va face către ceilalți Beneficiari desemnați, sau către moștenitorii Asiguratului, în conformitate cu legislația în vigoare referitoare la succesiune.

ARTICOLUL 10. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI

Contractantul este obligat să achite prima de asigurare, în conformitate cu prevederile relevante din cererea de asigurare.

ARTICOLUL 11. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

După anunțarea de către Contractant a producerii riscului asigurat și anume, diagnosticarea cu cancer, Asiguratul este obligat, la cererea Asigurătorului, să se supună unei noi examinări medicale efectuată de un medic agreat de Asigurător, în scopul verificării diagnosticului de cancer și confirmării întrunirii condițiilor de plată a indemnizației de asigurare. Costurile acestei examinări vor fi suportate de Asigurător.

ARTICOLUL 12. OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, conform condițiilor de asigurare, pentru riscurile asigurate menționate în prezentele Condiții Generale.

ARTICOLUL 13. RISCURILE ASIGURATE

1. Riscurile asigurate în baza contractului de asigurare sunt:
 - a. decesul din accident sau boală;
 - b. diagnosticarea cu o afecțiune gravă – cancer.
2. Riscurile sunt acoperite atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.



ARTICOLUL 14. EXCLUDERI

1. Asigurătorul nu datorează indemnizație de asigurare pentru riscurile asigurate cauzate de:
 - a. participarea activă a Asiguratului la operațiuni de război, război civil, invazie, ocupație militară, ostilități, rebeliune, tulburări civile, insurecții, dictatură militară sau lovitură de stat, revolte, greve, acte de terorism sau de sabotaj, acte de vandalism, forțe armate sau de menținere a păcii;
 - b. participarea Asiguratului, cu vinovăție, în orice formă sau modalitate, la săvârșirea unei fapte ce constituie infracțiune, potrivit legii de la data săvârșirii faptei;
 - c. pandemii sau epidemii confirmate de autoritățile competente;
 - d. contaminări radioactive sau chimice datorate utilizării unei arme sau dispozitiv pe bază de energie sau radiație termonucleară;
 - e. accidente aeriene, cu excepția accidentelor survenite atunci când Asiguratul călătorește ca pasager într-un avion al unei companii de transport aerian autorizate să efectueze transportul de persoane;
 - f. accidente provocate intenționat sau tentativă de sinucidere, automutilare sau autovătămare a Asiguratului, indiferent de starea sa mintală;
 - g. boli mintale, tulburări psihice sau de natură nervoasă ale Asiguratului;
 - h. consecințele folosirii de către Asigurat a drogurilor, stupefiantelor și narcoticelor fără prescripție medicală;
 - i. consecințele consumului de alcool de către Asigurat.
 - j. bolile preexistente la data încheierii contractului de asigurare, precum și complicații sau urmări ale acestora. Asiguratul are dreptul de a nu furniza informații și documente care vizează afecțiunea oncologică, dacă a trecut un termen de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic.
2. Asigurătorul nu datorează indemnizație de asigurare pentru diagnosticare cu cancer (neoplasm) în cazul următoarelor situații:
 - a. Orice modificări pre-canceroase sau non-invazive, inclusiv cancerul non-invaziv (carcinoma in situ) – TIS și TA conform clasificării realizate de către Comitetul american reunit cu privire la cancer, Jurnalul american al îngrijirilor în fază critică, ediția a 7-a, Clasificarea TNM;
 - b. Orice cancer de piele, altul decât melanoma;
 - c. Melanoame maligne egale sau mai mici decât T1aN0M0 - conform clasificării realizate de către Comitetul american reunit cu privire la cancer, Jurnalul american al îngrijirilor în fază critică, ediția a 7-a, Clasificarea TNM (stadiul 1A=<1 mm);
 - d. Orice tip de neoplasm coexistent cu infecția HIV;
 - e. Cancerul de prostată cu scor egal sau mai mic de 6 conform scorului Gleason sau egal sau mai mic decât T2AN0M0, conform clasificării realizate de către Comitetul american reunit cu privire la cancer, Jurnalul american al îngrijirilor în fază critică, ediția a 7-a, Clasificarea TNM;
 - f. Neoplasm tiroidian mai mic de 2 cm și descris prin T1N0M0 conform clasificării realizate de către Comitetul american reunit cu privire la cancer, Jurnalul american al îngrijirilor în fază critică, ediția a 7-a, Clasificarea TNM – sau un stadiu echivalent conform altor clasificări.



ARTICOLUL 15. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

1. Indemnizația în caz de deces din accident sau boală

În caz de deces din accident sau boală survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarului o indemnizație egală cu suma asigurată pentru deces din accident sau boală, menționată în contractul de asigurare.

2. Indemnizația în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă - cancer

În cazul în care, pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asiguratul este diagnosticat cu afecțiunea gravă - cancer, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, care este egală cu suma asigurată pentru afecțiune gravă, cu condiția ca Asiguratul să supraviețuiască cel puțin 20 de zile calendaristice de la data diagnosticării afecțiunii. În cazul în care survine decesul în termenul de 20 de zile calendaristice, Asigurătorul va achita Beneficiarului indemnizația de asigurare menționată la pct. 1 de mai sus.

3. În vederea plății indemnizației de deces, Beneficiarul este obligat să prezinte Asigurătorului, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la producerea decesului, următoarele:

- a. documente care să dovedească legitimitatea Beneficiarului de a obține indemnizația;
- b. certificatul de deces în copie legalizată sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului, după caz;
- c. copia certificatului medical constatator al decesului vizat de Registrul de Stare Civilă;
- d. copia actelor legale încheiate de organele competente cu privire la evenimentul în urma căruia a survenit decesul.

4.1. În vederea plății indemnizației de asigurare în cazul diagnosticării cu o afecțiune gravă - cancer, Contractantul este obligat să prezinte următoarele documente:

- a. copia actului de identitate al Asiguratului;
- b. copia analizelor medicale care confirmă diagnosticul precum și documentele medicale specifice pentru afecțiune - copia buletinului histopatologic eliberat de medicul specialist în care este menționat diagnosticul exact.

4.2. Contractantul este obligat să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător în termen de maximum 30 de zile de la data producerii riscului asigurat și să permită acestuia să facă investigații cu privire la circumstanțele producerii riscului asigurat.

5. În cazul în care documentele solicitate nu sunt furnizate în termenul menționat anterior, procesarea cererii de despăgubire și plata indemnizației de asigurare ar putea suferi întârzieri semnificative.

6. Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare în cazul în care nu au fost puse la dispoziția sa documentele mai sus menționate și de a solicita și alte documente necesare pentru analizarea cauzelor și împrejurărilor producerii riscului asigurat. În cazul în care riscul asigurat s-a produs ca urmare a unei afecțiuni oncologice, Beneficiarul are dreptul de a nu furniza informații și documente care vizează afecțiunea oncologică a Asiguratului, dacă a trecut un termen de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic.

7. Înscrierea în fals, anularea sau orice modificare intervenită cu privire la valabilitatea juridică sau în conținutul documentelor medicale prezentate de către Beneficiar/Asigurat pot atrage după caz exonerarea Asigurătorului privind plata indemnizației.

8. Plata indemnizației se va face în lei într-un cont bancar al Beneficiarului/Asiguratului deschis la o bancă pe teritoriul României. Asigurătorul va efectua plata indemnizației în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data la care documentația solicitată este completă.

9. În cazul în care nu a fost stabilit un Beneficiar în caz de deces sau dacă Beneficiarul desemnat a decedat sau a fost revocat înaintea sau la data producerii riscului asigurat, plata se face moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari conform legislației române în vigoare în ceea ce privește succesiunea. Dacă Beneficiarul decedează după data producerii riscului asigurat, drepturile sale sunt transferate asupra moștenitorilor Beneficiarului conform legislației române în vigoare în ceea ce privește succesiunea.

10. În cazul în care riscul asigurat s-a produs în afara teritoriului României atunci documentele necesare pentru analizarea cauzelor și împrejurărilor în care s-a produs riscul asigurat vor fi traduse în limba română, de către un traducator autorizat, iar costul traducerii va fi suportat de către Beneficiar.

ARTICOLUL 16. VOUCHERUL DE SERVICII MEDICALE

Contractul de Asigurare are atașat un Voucher de servicii medicale care permite Asiguratului să beneficieze de servicii medicale specifice (detaliate în Anexa 1 la prezentele Condiții Generale) în cadrul Clinicilor Amethyst. Pentru evitarea oricărui dubiu, Clinicile Amethyst sunt exclusiv responsabile pentru calitatea și conformitatea serviciilor medicale furnizate direct Asiguratului.

ARTICOLUL 17. DISPOZIȚII FINALE

1. Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare este legea română. Dispozițiile contractuale se completează cu cele legale în materie, și anume Codul Civil, Codul Fiscal, Legea 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări, precum și legislația secundară elaborată de Autoritatea de Supraveghere Financiară.



Dacă pe parcursul derulării contractului de asigurare, prevederile legale vor suferi modificări cu impact asupra unor dispoziții contractuale, atunci se vor aplica prevederile legale în vigoare la momentul respectiv.

2. Pentru orice posibile diferențe de opinii care ar putea apărea între părți cu privire la încheierea, interpretarea, executarea sau încetarea relațiilor contractuale se va încerca soluționarea în prealabil pe cale amiabilă, părțile urmând a se convoca în vederea concilierii diferendului într-un loc și la un termen precis determinate. În urma efectuării acestei proceduri, se va încheia un proces-verbal care va constata voința părților. Neajungerea la un acord sau neprezentarea nejustificată la conciliere permite sesizarea instanțelor judecătorești competente de la sediul Asiguratorului, în vederea soluționării litigiilor.

3. Contractantul/Asiguratul are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, potrivit dispozițiilor Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară și, precum și cu privire la condițiile de accesare a procedurilor de soluționare a litigiilor, cu condiția să facă dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul direct. Soluționarea alternativă a litigiilor se efectuează de Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor (SAL-FIN) în domeniul financiar nebancaar, ce funcționează exclusiv în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Pentru soluționarea alternativă a litigiilor Asiguratul trebuie să își exprime această opțiune în mod voluntar și să se adreseze SAL-FIN în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

4. Comunicarea între părțile contractante se va realiza prin mijloacele electronice (de exemplu pe e-mail, telefonic sau pe platforma online www.24aegon.ro).

5. La calculul primelor de asigurare și/sau indemnizațiilor de asigurare s-au utilizat tabele de mortalitate și morbiditate care pot fi obținute la cerere de la Asigurator.

6. În ceea ce privește stabilitatea financiară a companiei Aegon, menționăm că cel mai bun garant în acest sens este legislația europeană Solvency II, la care se supune și compania noastră. Raportul privind solvabilitatea și stabilitatea financiară a companiei în conformitate cu regimul Solvency II se regăsește pe site-ul companiei.

ANEXA1- SERVICII MEDICALE SPECIFICE FURNIZATE ÎN BAZA VOUCHERULUI DE SERVICII MEDICALE

A. DESCRIERE

Voucherul de servicii medicale anexat cererii de asigurare și contractului de asigurare, poate fi utilizat numai cu îndeplinirea ambelor condiții de mai jos:

- după intrarea în vigoare a contractului de asigurare și numai pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, dar nu mai devreme de 90 de zile calendaristice de la data semnării cererii de asigurare;
- de către persoanele care au calitatea de contribuabil la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) în momentul accesării serviciilor.

În baza voucherului de servicii medicale, Asiguratul are acces gratuit la Clinicile Amethyst pentru următoarele servicii de asistență medicală în domeniul oncologic (numai în măsura în care și doar în legătură cu astfel de servicii care nu sunt deja acoperite de asigurările sociale de sănătate de care beneficiază Asiguratul):

1. Linie de Call Center dedicată în intervalul orar 9 a.m.- 5 p.m., care va prelua apelurile Asiguratului referitoare la tratamente oncologice.
2. Programare la consultații private nelimitate oferite de medicii specialiști oncologi din cadrul rețelei Clinicilor Amethyst (în maximum 72 de ore), fără liste de așteptare, pentru Asigurații care solicită acest lucru.
3. Examinarea dosarului medical al Asiguratului de către medicii specialiști oncologi din cadrul Clinicilor Amethyst.
4. Acces la condiții superioare de confort pe durata tratamentului (administrare tratamente injectabile utilizând seringi automate, fotolii de tratament ergonomice și ajustabile electric).
5. Acces la tehnologie medicală de ultimă generație la nivel european (folosind tehnica IMRT-VMAT, ședințele de radioterapie sunt scurte și cu acuratețe ridicată).
6. Organizarea de consultații de nutriție private nelimitate și ședințe private de consiliere psihologică nelimitate, la solicitarea Asiguratului.

Voucherul de servicii medicale nu acoperă prestarea serviciilor medicale de tratare a cancerului (de ex. chimioterapie, radioterapie). Atare servicii vor putea fi prestate în cadrul Clinicilor Amethyst, la cererea expresă a Asiguratului și cu condiția ca acesta să fie asigurat în mod valabil în cadrul Sistemului Național de Asigurări de Sănătate.

B. PROCEDURA DE URMAT PENTRU ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE

În cazul diagnosticării cu o afecțiune gravă-cancer, Asiguratul va parcurge următoarele etape:

1. Contactează direct rețeaua Clinicilor Amethyst la numărul de Call-Center indicat 021 9368, în intervalul orar 9 a.m.- 5 p.m. și comunică reprezentantului desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst că dorește să beneficieze de servicii medicale specifice.
2. Reprezentantul desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst va verifica eligibilitatea Asiguratului de a beneficia de serviciile medicale oferite de Clinicile Amethyst în baza Voucherului de servicii medicale (se verifică existența unui contract de asigurare Optimist și valabilitatea acestuia).
3. Asiguratul va prezenta buletinul histopatologic pentru a face dovada diagnosticului și de asemenea va face dovada că este asigurat în Sistemul Național de Asigurări de Sănătate (prin copia cardului de sănătate sau alt document doveditor, valabil la momentul prezentării).

4. Reprezentantul desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst verifică dacă Asiguratul a fost diagnosticat cu cancer și dacă acesta este asigurat în Sistemul Național de Asigurări de Sănătate.
5. Dacă Asiguratul îndeplinește condițiile de la punctul 4 de mai sus, atunci reprezentantul desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst stabilește programarea la una din Clinicile din rețea în vederea consultării Asiguratului de către un medic oncolog.
6. Medicul specialist oncolog din cadrul rețelei Clinicilor Amethyst va intra în legătură cu Asiguratul și îi va comunica, dacă este cazul, ce investigații suplimentare sunt necesare pentru stabilirea tratamentului optim (de exemplu: lista controalelor medicale ce trebuie efectuate, documente suplimentare de obținut, etc).
7. În termen de maximum 72 de ore de când Asiguratul a pus la dispoziția specialiștilor rețelei Clinicilor Amethyst informațiile suplimentare conform punctului 6 de mai sus, o consultație față în față va fi programată de către reprezentantul desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst.
8. Datele de contact pentru Rețeaua Clinicilor Amethyst operate de RTC Radiology Therapeutic Center SRL se găsesc în permanență actualizate pe site-ul www.aegon.ro.

Dacă aveți nevoie de informații suplimentare, consultații Aegon vă stau la dispoziție cu plăcere.
Ne puteți contacta telefonic la numărul de **Customer Service Center 0264 224 224**
sau prin e-mail la adresa info@aegon.ro.

**AEGON Towarzystwo
Ubezpieczeń na Życie S.A.**
Al. Jerozolimskie 162 A, 02-342
Warszawa, Polonia
Capital Social: 347 467 550 PLN

AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Varșovia Sucursala Florești
Str. Avram Iancu, nr. 506-508, Et.5
407280, Florești, Cluj, România
Operator date cu caracter personal: 22362/2012

T: +40 264 224 200
E: info@aegon.ro
J12/3192/2011
CUI: 29501352