



Condiții de Asigurare privind polița pentru
Asigurarea de Grup
GENERALI CLASIC GRUP

Versiunea 5 / septembrie 2022

Definiții:	3
Art.1 Obiectul Asigurării.....	5
Art. 2 Încheierea contractului de Asigurare și criteriile de eligibilitate	5
Art. 3 Investigații medicale	6
Art. 4 Suma Asigurată fără investigații medicale	6
Art. 5 Modalități de executare, suspendare, reziliere sau încetare a Contractului de asigurare	6
Art. 6 Prima de Asigurare / Regularizarea Primei de Asigurare	7
Art. 7 Neplata Primei de Asigurare	7
Art. 8 Plata indemnizației de Asigurare	8
Art.9 Pierderea Poliței de Asigurare	9
Art. 10 Întinderea teritorială.....	9
Art.11 Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi	9
Art. 12 Forul competent	9
Art. 13 Anexe, acte declarative	9
Art.14 Alte reglementări	9

CONDIȚII PARTICULARE de Asigurare pentru Asigurarea de Grup - "CLASIC GRUP"

Asigurarea de Deces din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire).....	10
Asigurarea de Deces din Accident	10
Asigurarea pentru Invaliditate Permanentă din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire).....	11
Asigurarea pentru Invaliditate Permanentă din Accident	12
Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	13
Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă din Accident.....	14
Acoperirea pentru Convalescență post-spitalizare a Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	15
Asigurarea pentru Convalescență post-spitalizare a Asiguratului din Accident	16
Acoperirea pentru Incapacitate temporară de muncă a Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	17
Asigurarea pentru Incapacitate temporară de muncă a Asiguratului din Accident.....	18
Acoperirea pentru Intervenții Chirurgicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	18
Acoperirea pentru Intervenții Chirurgicale din Accident.....	20
Indemnizația pentru cazuri de Fracturi ca urmare a unui Accident.....	21
Indemnizația pentru cazuri de Arsuri ca urmare a unui Accident.....	21
Cheltuieli medicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire).....	22
Cheltuieli medicale din Accident	23
Asigurarea pentru Boli (afecțiuni) Grave	24
Recuperarea din orice cauză.....	27
Recuperarea din Accident.....	27
Asigurarea pentru tratament dentar	28
Indemnizația pentru naștere	29
Indemnizația zilnică pentru imobilizare într-o îmbrăcăminte de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă	29
Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale.....	29
Tabelul de Procente pentru Invaliditate Permanentă	38

Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.

Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, administrată în sistem dualist, membră a Grupului Generali, listat în Registrul Grupurilor de asigurare gestionat de IVASS sub nr. 26, cu sediu social în București, Sector 1, Piața Charles de Gaulle nr. 15, etaje 1, 6 și 7, 011857, Nr. ordine R.C. J40/17484/2007, C.U.I. 2886621, C.I.F. RO 2886621, Cod LEI 213800J9BYTZ1Z4YK783, Tel. +4021 312 36 35, Fax +4021 312 37 20, Call center +40372 010 202, www.generali.ro, E-mail: info.ro@generali.com, Înmatriculată în registrul asiguratorilor: RA-002/2003, Certificată ISO 9001: 2015, Capital social subscris 178.999.221,7 lei, integral vărsat.

Public

Definiții:

În prezentele condiții de asigurare se adoptă următoarele definiții:

Asigurător:	S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.;
Contractant:	Persoana juridică care încheie, direct sau indirect, în numele persoanei asigurate, Contractul de asigurare cu Asigurătorul și care poartă responsabilitatea cu privire la plata primei de asigurare.
Grup:	Minimum 10 de persoane care au o relație de muncă cu Contractantul, inclusiv directorii, directorii executivi, managerii, administratorii etc. care au un contract de muncă / contract de mandat încheiat cu Contractantul. De asemenea, grupul poate fi constituit și din minim 10 de persoane care au o altă relație contractuală cu Contractantul (membrii unei asociații, ai unui sindicat, ai unui club, etc);
Asigurare de grup:	Asigurare acordată unui anumit număr de persoane (minim 10), în care Contractantul este Angajatorul persoanelor respective sau asociația din care fac parte;
Asigurat:	Persoana desemnată de către Contractant, membră a Grupului, a cărei viață și stare de sănătate reprezintă obiectul asigurării și căreia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în contractul de asigurare;
Coasigurat (Dependent):	Membrii al familiei Asiguratului, respectiv rudele de gradul 1 ale acestuia (soțul/ soția sau copiii) sau alte persoane aflate în relație cu Asiguratul, acceptate de Asigurător. Conform prezentelor condiții de asigurare, coasigurații au aceleași drepturi și obligații ca asigurații;
Categorie de asigurați:	O parte din membrii eligibili încadrați într-un sub-grup conform unor criterii stabilite de Contractantul asigurării și comunicate în scris Asigurătorului;
Beneficiar la deces:	Moștenitorii Asiguratului, ori un alt beneficiar desemnat în scris de către Asigurat;
Prima de asigurare Individuală:	Suma ce trebuie plătită de către Contractant pentru un Asigurat;
Primă de asigurare totală:	Suma ce trebuie plătită de către Contractant pentru toți Asigurații, înainte de începerea asigurării, în schimbul preluării de către Asigurător a Riscului asigurat. Prima de asigurare totală poate fi plătită integral (anual) sau eșalonat, în rate semestriale, trimestriale sau lunare, la termenele specificate în Contractul de asigurare;
Poliță de asigurare:	Document scris, emis de către Asigurător, care dovedește încheierea Contractului de asigurare;
Cerere de asigurare:	Formularul completat și semnat pe propria răspundere de către Asigurat, care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, precum și manifestarea de voință și consimțământul Asiguratului cu privire la includerea în asigurare;
Contract de asigurare:	Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare Asigurătorului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat. Contractul de asigurare cuprinde: <ul style="list-style-type: none">· polița de asigurare;· prezentele condiții generale de asigurare;· condițiile particulare de asigurare, în funcție de riscurile asigurate;· cererile de asigurare (dacă este cazul);· anexele și actele declarative (dacă există);· orice alte documente solicitate de Asigurător pentru buna desfășurare a asigurării.
Eveniment:	Incidentul sau seria de incidente care produc Riscul asigurat și la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Beneficiarului, conform condițiilor de asigurare;
Risc asigurat:	Un eveniment viitor, posibil dar incert, la care este expusă viața sau sănătatea Asiguratului. Riscurile asigurate sunt cele prevăzute în polița de asigurare;
Accident:	Eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acțiunii bruște asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrice etc) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, fungice, bacteriene etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară etc., nu pot fi incluse în această categorie;
Îmbolnăvire:	Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării;
Afecțiune (condiție) pre-existentă:	Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului, diagnosticată de către un Medic înaintea datei de început a contractului de asigurare (a includerii Asiguratului în asigurare), cu excepția afecțiunilor acute care au fost vindecate în totalitate și cu excepția afecțiunii oncologice (cancer), dacă aceasta a fost diagnosticată după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 18 ani și a trecut mai mult de 7 ani de la data încheierii

protocolului oncologic aferent sau dacă a fost diagnosticată înainte ca Asiguratul să fi împlinit vârsta de 18 ani și au trecut mai mult de 5 ani de la data încheierii protocolului oncologic aferent.

Medicament:	Orice substanță sau combinație de substanțe, omologată de Ministerul Sănătății și care se regăsește în Nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului din România, ce poate fi folosită sau administrată la om, fie pentru restabilirea, corectarea sau modificarea funcțiilor fiziologice prin exercitarea unei acțiuni farmacologice, imunologice sau metabolice, fie pentru stabilirea unui diagnostic medical;
Boală cronică:	Afecțiuni medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând îngrijiri medicale de specialitate repetate. În această categorie se includ (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă) următoarele boli: diabetul zaharat, hepatita cronică, pancreatita cronică, poliartrita reumatoidă, insuficiența cardiacă, etc. În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punctul de vedere al evoluției clinice;
Încheierea Protocolului Oncologic:	Prin încheierea protocolului oncologic se înțelege finalizarea completă a schemelor de tratament (intervenție chirurgicală, radioterapie, chimioterapie etc) și lipsa recomandărilor de tratament ulterioare referitoare la patologia oncologică (cancer). Pentru ca Asiguratorul să poată verifica data la care a fost încheiat protocolul oncologic, Asiguratul are obligația de a furniza un referat medical emis de medicul oncolog/ fișa de evidență oncologică din care să reiasă cu exactitate data finalizării tuturor schemelor de tratament referitoare la patologia oncologică (cancer).
Recomandare / Prescripție medicală:	Document medical, eliberat de un medic cu drept de liberă practică emis de Colegiul Medicilor din România, ce conține următoarele informații obligatorii: datele de identificarea ale asiguratului, diagnostic, recomandările medicului, data, semnatura și parafa medicului;
Suma asigurată:	Suma pentru care s-a încheiat asigurarea și în limita căreia Asiguratorul plătește indemnizația de asigurare;
Sumă asigurată fără investigații medicale:	Suma stabilită de Asigurator, ca valoare maximă a indemnizației plătite ca urmare a producerii Riscului asigurat. Asiguratorul garantează plata acestei sume membrilor eligibili, fără investigații medicale;
Indemnizația de asigurare:	Suma plătită de către Asigurator în cazul producerii Riscului asigurat. În caz de deces, Indemnizația de asigurare se plătește moștenitorilor sau beneficiarilor desemnați, iar în cazul celorlalte riscuri, Indemnizația se plătește Asiguratului, în condițiile specificate în contractul de asigurare;
Reînnoire:	Continuarea valabilității contractului de asigurare pentru o nouă perioadă în aceleași condiții stabilite inițial de către părți sau printr-o nouă negociere;
Perioada de grație:	O anumită perioadă de timp scursă de la scadența de plată a primei, în care contractantul mai poate efectua această plată și pe parcursul căreia protecția oferită de contractul de asigurare continuă;
Repunere în termen:	Reluarea sau continuarea beneficiilor acoperite de un contract de asigurare intrerupt din cauza neplății primelor de asigurare;
Cerere de plată a unei daune:	Solicitarea de plată a unei daune acoperite prin contractul de asigurare;
Clauze contractuale:	Prevederi menționate în contractul de asigurare, care stabilesc cel puțin drepturile și obligațiile părților contractante;
Confidențialitatea informațiilor:	Obligația de a nu divulga informații legate de starea de sănătate și de tratamentul efectuat Asiguratului fără permisiunea scrisă a acestuia sau solicitarea instanței judecătorești;
Data intrării în vigoare a contractului de asigurare:	Data de la care este angajată răspunderea Asiguratorului menționată în polița de asigurare;
Data expirării Contractului de asigurare:	Data încetării răspunderii Asiguratorului menționată în polița de asigurare;
Excluderi:	Circumstanțe sau condiții specifice menționate în contractul de asigurare, pentru care nu se acordă indemnizația sau suma asigurată;
Litigii:	Neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile contractului de asigurare;
Perioada de așteptare:	Intervalul de timp dintre data încheierii contractului de asigurare și data de la care este angajată răspunderea Asiguratorului pentru anumite beneficii specificate în contract;
Proteză:	Structură artificială, dispozitiv sau aparat, care reconstituie o parte a corpului uman (organ, membru sau o parte dintr-un membru) absentă, afectată sau distrusă;
Medic:	Persoana cu pregătire medicală superioară de specialitate care deține drept de liberă practică în statul în care își exercită profesiunea;
Sport extrem:	este o activitate sportivă cu un grad ridicat de pericol inherent ce implică de cele mai multe ori viteză, înălțime, un nivel ridicat parapante, sărituri cu coarda elastică, rafting, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă, alpinism, mountain bike etc. În cazul în care potențialul Asigurat practică sporturi extreme și solicită în mod expres Asiguratorului să fie acoperit, atunci Asiguratorul va evalua și va decide modalitatea de preluarea în asigurare sau refuzul includerii în asigurare a acestuia.

Art.1 Obiectul Asigurării

- 1.1. Asigurarea de grup "Clasic Grup" este un produs de asigurare care oferă protecție pentru unul sau mai multe riscuri prevăzute la art.1.6., conform opțiunii Contractantului, pentru Grupuri de persoane.
- 1.2. Asigurarea de grup "Clasic Grup" nu reprezintă un plan de economisire sau capitalizare și prin urmare nu are valoare de răscumpărare și nu poate fi transformată într-o asigurare cu suma redusă.
- 1.3. Asigurarea de grup "Clasic Grup" se încheie pe o perioadă de 1 an, cu posibilitatea reînnoirii anuale la sfârșitul perioadei de asigurare, în aceleași condiții sau printr-o nouă negociere. Contractantul și Asigurătorul pot stabili însă de comun acord, și o altă perioadă asigurată.
- 1.4. La reînnoirea poliței de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a reevalua riscul asigurat și de a modifica primele de asigurare în conformitate cu istoricul daunelor înregistrate pe polița de asigurare anterioară, sau chiar de a refuza reînnoirea poliței.
- 1.5. Contractul de asigurare se poate încheia în una din următoarele forme:
 1. Nominal, pentru toți membrii grupului cu actualizarea listelor de personal și includerea ulterioară în asigurare a persoanelor noi din grup cu respectarea prevederilor legale.
 2. Nominal, pentru grupuri în care contractantul nu dorește includerea tuturor membrilor, ci numai a unora dintre ei. În acest caz, acoperirea este valabilă numai pentru persoanele nominalizate.
- 1.6. Riscurile asigurate prin aceste condiții de asigurare și condițiile particulare de asigurare, pot fi, conform opțiunii Contractantului:
 - a) Deces din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire);
 - b) Invaliditate permanentă totală și/sau parțială din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) sau numai din Accident;
 - c) Intervenții chirurgicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) sau numai din Accident;
 - d) Spitalizare continuă din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) sau numai din Accident;
 - e) Convalescență post-spitalizare din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) sau numai din Accident;
 - f) Fracturi;
 - g) Arsuri;
 - h) Cheltuieli medicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) sau numai din Accident;
 - i) Tratament dentar;
 - j) Boli grave;
 - k) Recuperare din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) sau numai din Accident;
 - l) Indemnizație zilnică pentru imobilizare într-o îmbrăcămintă de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă;
 - m) Alte riscuri.

Pentru a fi operante, riscurile asigurate trebuie menționate expres în polița de asigurare.

Art. 2 Încheierea contractului de Asigurare și criteriile de eligibilitate

- 2.1. Contractul de asigurare se încheie între Contractant și Asigurător, Contractantul având obligația de a informa asigurații privind termenii contractuali, în conformitate cu legislația în vigoare.
- 2.2. Contractul de asigurare se încheie pentru membrii eligibili ai Grupului, a căror vârstă este cuprinsă între 16 ani și 65 ani (inclusiv). Asigurarea poate fi încheiată și pentru coasigurații/ dependenții Asiguraților, cu vârsta cuprinsă între 0 luni și 65 ani (inclusiv), iar pentru coasiguratul copil, vârsta nu poate depăși 25 ani (inclusiv). În sensul prezentelor condiții de asigurare, se ia în calcul vârsta în ani impliniți la data includerii în asigurare..
- 2.3. În condițiile art.2.2., se consideră membru eligibil:
 - a. un membru al Grupului, activ și prezent la locul de muncă la data începerii asigurării;
 - b. un membru al Grupului, care nu este activ și prezent la locul de muncă la data începerii asigurării este considerat eligibil la data reînceperii activității;
 - c. o persoană, care devine membru al Grupului după data de început a asigurării, este considerată eligibilă din momentul includerii în grupul respectiv.
- 2.4. Pentru angajații noi, includerea în asigurare a angajaților se va efectua în termen de 30 de zile de la data angajării. Includerea în asigurare a dependenților se va efectua în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii poliței ori la aniversare. Pentru dependenții angajaților noi, includerea în asigurare se face în termen de maxim 30 zile de la data angajării Asiguratului titular. Prin excepție de la această regulă, se pot adăuga dependenți (soț/ soție) în maxim 30 de zile de la data căsătoriei Asiguratului în cursul anului de asigurare și/ sau dependenți copii în maxim 30 de zile de la data nașterii unui copil pentru Asiguratul titular în cursul anului de asigurare. Includerile și excluderile în/din asigurare se operează cu ora 00:00 a zilei imediat următoare zilei în care s-a făcut notificarea Asigurătorului.
- 2.5. În cazurile cuprinse la art.2.3 alin.b) și c), plata Primei de asigurare individuale aferente perioadei de asigurare se face la:
 - data plății ratelor de primă, sau
 - data expirării (reînnoirii) asigurării, sau
 - data convenită în Contractul de asigurare (la data de regularizare a primei de asigurare în funcție de fluctuația de personal).
- 2.6. La data începerii asigurării și la fiecare regularizare, dacă părțile nu convin altfel, Contractantul va transmite Asigurătorului lista membrilor eligibili în format electronic, care va cuprinde:
 - numele și prenumele;
 - CNP/data nașterii;

- data începerii raporturilor de muncă/de colaborare sau data includerii în grup în cazul sindicatelor, asociațiilor, cluburilor etc.;
 - categoria;
- 2.7. Asigurătorul emite o singură Poliță de asigurare pentru toți Asigurații, la care se pot atașa Anexe sau Acte adiționale dacă este cazul.
- 2.8. Acoperirea prin asigurare începe la ora 00.00 a zilei imediat următoare celei în care Contractantul a plătit prima de asigurare totală/avansul de primă, dar nu mai devreme de data începerii Asigurării menționată în Polița de asigurare dacă părțile nu au convenit altfel.
- 2.9. Contractantul se obligă să aducă la cunoștință tuturor Asiguraților toate acoperirile de care beneficiază.
- 2.10. În cazul în care, prin contractul de asigurare, se oferă acoperire pentru coasigurații persoanei asigurate (dependenți), perioada de înrolare a acestora în asigurare este de maxim o lună de la data emiterii Poliței de asigurare pentru coasigurații membrilor existenți la această dată și de maxim o lună de la data includerii în grup a dependenților membrilor noi.

Art.3 Investigații medicale

- 3.1. Asigurătorul nu solicită completarea Cererilor de asigurare și efectuarea de investigații medicale pentru membrii eligibili ale căror acoperiri nu depășesc Suma asigurată fără investigații medicale.
- 3.2. Asigurătorul poate solicita completarea Cererilor de asigurare și efectuarea de investigații medicale, după caz, în următoarele situații:
- pentru membrii eligibili pentru care acoperirile solicitate depășesc Suma asigurată fără investigații medicale;
 - pentru cazuri de excepție.
- 3.3. În urma analizei Cererilor de asigurare și a rezultatelor investigațiilor medicale, după caz, Asigurătorul poate:
- accepta includerea membrului Grupului în asigurare cu Suma asigurată fără investigații medicale;
 - accepta includerea membrului Grupului în asigurare cu sume asigurate determinate în funcție de riscul pe care-l prezintă;
 - accepta includerea în asigurare, în schimbul plății unei Prime de asigurare individuale corespunzătoare acoperirilor solicitate;
 - propune planuri alternative de asigurare;
 - refuza preluarea în asigurare.

Art. 4 Suma Asigurată fără investigații medicale

- 4.1. Suma asigurată fără investigații medicale se determină de către Asigurător în funcție de:
- mărimea Grupului;
 - salariul anual al membrilor Grupului. Prin salariu anual se înțelege salariul brut însumat pentru ultimele 12 luni care preced data evenimentului, fără a include bonus-urile, primele și alte avantaje bănești acordate în această perioadă, sau
 - suma asigurată solicitată de Contractant.
- În cazul în care suma asigurată este stabilită de către Contractant în funcție de salariu, definiția salariului este cea de mai sus, dacă părțile nu stabilesc altfel în polița de asigurare (salariu anual).
- 4.2. Dacă sumele asigurate sunt stabilite în valori monetare și sunt diferite pentru diferiți Asigurați, raportul dintre cea mai mare sumă asigurată la deces din orice cauză și cea mai mică sumă asigurată la deces din orice cauză nu poate depăși 300 % în cadrul unei categorii de personal.
- 4.3. Sumele asigurate fără investigații medicale pentru riscurile enumerate la art.1.6. pot fi diferite, în funcție de salariile anuale ale Asiguraților.
- 4.4. Toți membrii eligibili sunt asigurați până la limita Sumei asigurate fără investigații medicale, dacă Asigurătorul, în condițiile art.3, nu a dispus altfel.

Art.5 Modalități de executare, suspendare, reziliere sau încetare a Contractului de asigurare

- a) La ora 0:00 a datei expirării Contractului de asigurare, dată menționată ca atare în Polița de asigurare; b) Prin rezilierea unilaterală de către Asigurător a Contractului de asigurare, în următoarele situații: (i) în cazurile prevăzute ca atare în cadrul prezentelor Condiții Generale și Particulare de asigurare; (ii) în cazul în care Contractantul și/ sau Asiguratul refuză să ofere informații privind datele de identificare personale solicitate de către Asigurător; (iii) în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute în legislația aplicabilă cu privire la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor. La constatarea acestor situații, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de asigurare, printr-o scrisoare recomandată, adresată în acest sens Contractantului. Contractul de asigurare va înceta de plin drept la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurător a scrisorii prin care Asigurătorul informează Contractantul asupra încetării Contractului de asigurare.
- c) Prin rezilierea unilaterală de către părți a Contractului de asigurare, ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale de către una dintre părți;
- d) În cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Contractantul asigurării. Contractantul asigurării se obligă să comunice Asigurătorului decizia sa de denunțare a Contractului de asigurare printr-o înștiințare scrisă prealabilă a Asiguratorului, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare. Contractul de asigurare își va înceta efectele la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei de încetare astfel solicitate de către

Contractant sau, în cazul în care o astfel de dată nu este specificată expres de către Contractant, la ora 0:00 a celei de a 21 zile calendaristice de la data recepționării de către Asigurător a înștiințării scrise de denunțare a Contractului de asigurare. Contractantul asigurării este obligat să plătească primele de asigurare aferente acoperirii riscului până la data încetării Contractului de asigurare;

- e) În cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Asigurător cu notificarea scrisă prealabilă a celeilalte părți, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare;
- f) Neplata primelor de asigurare la data prevăzută în Contractul de asigurare sau în termenul de grație specificat în Condițiile generale.

Asigurarea încetează pentru un Asigurat/ Coasigurat în următoarele cazuri:

- a) în cazul prezentării către Asigurător a unor declarații/ documente false și/ sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la Riscurile asigurate, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare sau oferirea acestuia în alte condiții (conform art.7);
- b) la următoarea reînnoire a contractului după ce Asiguratul a depășit vârsta de 66 de ani împliniți;
- c) la data la care are loc încetarea raporturilor contractuale, din orice motiv, între Asigurat și Contractant;
- d) nerespectarea obligațiilor contractuale de către Asigurat/ Coasigurat;
- e) pentru Coasigurat, la data la care încetează acoperirea pentru Asigurat;
- f) la data pensionării, pentru persoanele care s-au pensionat, indiferent de motiv (limită de vârstă, anticipat, invaliditate, etc.);
- g) în cazul Asiguratului pentru care Asigurătorul a plătit Indemnizația de asigurare pentru deces din orice cauză sau în cazul în care indemnizația plătită pentru invaliditate permanentă din orice cauză este egală cu 100% din suma asigurată pentru această acoperire.

Art.6 Prima de Asigurare / Regularizarea Primei de Asigurare

- 6.1. Cota de Primă de asigurare se calculează în funcție de vîrstă, distribuția pe sexe a grupului, ocupația acestora, suma asigurată fără investigații medicale pentru riscurile acoperite și mărimea Grupului, și este aceeași pentru toți membrii eligibili. Cota de primă pentru membrii Grupului incluși în asigurare conform art.3 se calculează în funcție de riscurile individuale și acoperirile solicitate. Prima de asigurare totală se calculează pe baza cotelor de primă precizate mai sus, suma asigurată totală și cheltuielile Asigurătorului.
- 6.2. La solicitarea Contractantului, Asigurătorul poate calcula prima de asigurare pentru categorii de membri eligibili, în funcție de criteriile stabilite de Contractant. În acest caz, Prima de asigurare totală se obține prin însumarea primelor de asigurare astfel calculate.
- 6.3. Prima de asigurare totală se plătește anual sau în rate semestriale, trimestriale sau lunare, conform Contractului de asigurare. Ratele de primă trebuie să fie plătite la termenele scadente specificate în Contractul de asigurare.
- 6.4. Prima de asigurare totală sau ratele de primă se plătesc de către Contractant, pentru toți Asigurații.
- 6.5. Pentru membrii Grupului incluși în asigurare în situațiile prevăzute la art.2.3. lit. b) și c), Contractantul este obligat să plătească Prima de asigurare individuală la datele stabilite în art. 2.5. și pentru perioada de asigurare corespunzătoare.
- 6.6. Contractantul este răspunzător de plata primelor de asigurare. Plata primelor de asigurare sau a ratelor de primă se face prin transfer bancar, în contul indicat de Asigurător în Contractul de asigurare.
- 6.7. Asigurătorul garantează păstrarea nemodificată a cotei de primă pe o perioadă de 2 ani de la data de început a Contractului de asigurare, în următoarele condiții:
 - să nu fie modificări mai mari de 10% a numărului de membri ai Grupului;
 - să nu existe modificări în schema de beneficii solicitată de Contractant;
 - condițiile de eligibilitate să rămână neschimbate;
 - cheltuielile Asigurătorului să fie acoperite de Prima de asigurare totală;
 - contractantul asigurării să nu se fi modificat;
 - istoricul daunelor pe contract să permită menținerea cotei.
- 6.8. Primele de asigurare se plătesc în valuta convenită în Contractul de asigurare. Sumele asigurate și primele de asigurare se stabilesc, obligatoriu, în aceeași monedă.
- 6.9. Prima de asigurare se va regulariza conform fluctuației de personal sau fluctuației fondului de salarii (dacă este cazul) înregistrată în cursul anului de asigurare. Regularizarea se va efectua la datele stabilite de comun acord între Contractant și Asigurător.
- 6.10. În cazul în care Asigurătorul și Contractantul nu stabilesc o altă metodă de regularizare, regularizarea se va efectua la finalul perioadei asigurate, după următoarea formulă, după caz:
 - a) regularizarea de personal: (număr final persoane - număr inițial persoane)* prima anuală per persoană / 2;
 - b) regularizarea în funcție de salariu: (fond final salarii - fond inițial salarii)* cotă anuală per clauză / 2.Formula se aplică pentru fiecare categorie de personal în parte și se însumează rezultatele.
Din punct de vedere al calculului, se consideră că fluctuația de personal / fond salarii, după caz, a avut loc la mijlocul anului de asigurare.
Părțile pot stabili, de comun acord, în scris, alte modalități de regularizare a primei de asigurare.

Art. 7 Neplata Primei de Asigurare

- 7.1 În cazul în care Contractantul nu achită ratele de asigurare la scadență, Asigurătorul acordă o perioadă de grație de 30 de zile pentru plata ratelor, începând cu data de scadență a celei dintâi rate neachitate. Prevederea se aplică pentru prime de asigurare care se plătesc anual sau în rate trimestriale ori semestriale. Pentru rate lunare, acestea trebuie plătite în avans, înainte de data scadenței. În perioada de grație, acoperirea prin asigurare este valabilă.

- 7.2 În cazul în care ratele de asigurare nu sunt plătite în perioada de grație, acoperirea prin asigurare se întrerupe și poate fi reluată (repusă în termen) într-o perioadă de maxim 4 luni de la prima scadență neachitată - prin plata primelor de asigurare și a penalităților de întârziere stabilite de Asigurător.
- 7.3 Repunerea în termen (reluarea acoperirii) are loc la ora 00.00 a zilei imediat următoare zilei în care s-au plătit integral prima / ratele de asigurare restante și penalitățile de întârziere.
- 7.4 După trecerea a 4 luni de la prima scadență neachitată, Asigurătorul poate rezilia Contractul de asigurare, fără altă înștiințare prealabilă, cu începere de la prima scadență neachitată. După rezilierea contractului, nu mai este posibilă repunerea lui în termen (reluarea acoperirii).
- 7.3. Extinderea termenelor de plată a ratelor de asigurare restante nu este valabilă dacă nu este aprobată în scris de către Asigurător.

Art. 8 Plata indemnizației de Asigurare

- 8.1. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare pentru Evenimente care se produc în perioada de valabilitate a asigurării menționată în Polița de asigurare și care sunt notificate Asigurătorului în termen de maxim 30 de zile de la data producerii. Notificarea Accidentului/ Îmbolnăvirii după mai mult de 30 de zile de la data producerii, exonerează Asigurătorul de la plata oricărei Indemnizații de asigurare. Excepție de la această regulă fac cazurile în care, din motive obiective, justificate pe bază de documente medicale, Asiguratul/ Beneficiarul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii acestei obligații.
- Notificarea va conține o scurtă descriere a evenimentului, precum și unitatea sanitară care acordă sau a acordat îngrijirile medicale necesare. Notificarea se poate face prin fax, e-mail sau scrisoare.
- Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica prin orice căi condițiile acordării asistenței medicale persoanelor eligibile.
- 8.2. Asigurătorul va comunica solicitantului în scris, în termen de 20 zile de la primirea notificării menționate la punctul 8.1, documentația necesară pentru deschiderea dosarului de daună. Documentația trebuie furnizată în termen de maxim 90 de zile de la data solicitării și va conține, în principal:
- dovada eligibilității, conform art. 2.3;
 - adeverință cu data angajării și/sau data încetării activității în cadrul grupului (dacă este cazul);
 - declarație de daună;
 - dovada producerii Riscului asigurat (certificat de deces, certificat medical constator al decesului, bilet de externare și/sau formular tipizat pus la dispoziție de Asigurător, dovada invalidității, certificat de concediu medical etc);
 - documente referitoare la beneficiarul la deces (copie carte de identitate sau certificat de moștenitor, etc);
 - alte documente solicitate de Asigurător în funcție de riscurile acoperite prin polița de asigurare.
- Asigurătorul își rezerva dreptul de a solicita și alte documente sau efectuarea de consulturi la medici desemnați de către acesta în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii Indemnizației de asigurare.
- În cazul în care documentele solicitate nu au fost puse la dispoziția Asiguratorului, în termen de maxim 90 de zile de la data solicitării, cazul va fi închis, urmând a se redeschide în situația depunerii actelor.
- 8.3. Indemnizația de asigurare totală care se plătește ca urmare a unui singur Eveniment nu poate fi mai mare de 20 ori suma asigurată medie per asigurat pentru riscul de deces din orice cauză. În cazul în care Evenimentul în cauză este un dezastru natural, cum ar fi cutremur, furtună, inundații etc. toate daunele produse sau apărute în urma acestuia într-o perioadă de 72 ore se consideră ca fiind rezultatul unui singur Eveniment.
- 8.4. Indemnizațiile de asigurare convenite pentru orice Risc asigurat, cu excepția decesului din orice cauză, au caracter personal și se plătesc exclusiv Asiguratului. În cazul decesului Asiguratului, suma asigurată se plătește Beneficiarului/ Beneficiarilor îndreptățiți s-o primească.
- 8.5. Asigurătorul va efectua plata Indemnizației de asigurare în termen de 30 de zile de la data la care documentația solicitată este completă.
- 8.6. Plata indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Contractul de asigurare și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, la data efectuării plății. Pentru Contractele de asigurare încheiate în EURO la solicitarea scrisă a Beneficiarului, plata Indemnizației de asigurare se poate face și în Lei la cursul BNR din ziua plății.
- 8.7. Indemnizația de asigurare convenită Beneficiarilor nu poate fi urmărită de creditori sau moștenitorii Asiguratului, ori de alte persoane ce au un interes relativ la patrimoniul Asiguratului.
- 8.8. Dacă Beneficiarul este minor la data plății Indemnizației de asigurare, plata acesteia se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 8.9. Asigurătorul își rezervă dreptul de a reduce valoarea indemnizației de asigurare sau de a nu plăti indemnizația de asigurare în cazul în care se constată încercări de fraudă din partea Asiguratului/ Contractantului/ Beneficiarilor.
- 8.10. Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de asigurare va fi plătită celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați, aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari.
- 8.11. În eventualitatea în care se constată efectuarea unor plăți necuvenite din partea Asiguratorului, acesta își rezervă dreptul de a se întoarce împotriva beneficiarilor plăților necuvenite, pentru recuperarea sumelor plătite în mod eronat.
- 8.12. Pentru o analiză temeinică a dosarelor de daună, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita accesul la toate documentele medicale referitoare la Asiguratul care a suferit dauna (rezultatele analizelor, procedurilor medicale, copie după documentația medicală completă, etc).

Art.9 Pierderea Poliței de Asigurare

- 9.1. În situația în care Contractantul pierde Polița de asigurare ori aceasta este distrusă sau furată, Asigurătorul va furniza o copie a acesteia. Copia se eliberează pe cheltuiuala Contractantului și având la bază o solicitare scrisă a acestuia, în care vor fi menționate și împrejurările pierderii, distrugerii sau furtului acesteia.
- 9.2. Copia Poliței de asigurare va menționa cauza eliberării, iar de la data eliberării acesteia originalul își pierde valabilitatea.

Art. 10 Întinderea teritorială

- 10.1. Acoperirile sunt valabile în întreaga lume.

Art.11 Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

- 11.1. Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile primelor de asigurare sau indemnizațiilor de asigurare sunt în sarcina Contractantului asigurării, respectiv Asiguratului sau Beneficiarului asigurării, în conformitate cu prevederile legale în domeniu.
- 11.2. Dacă Asigurătorul solicită efectuarea de investigații medicale înainte de încheierea Contractului de asigurare, Cheltuielile medicale respective sunt în sarcina sa.
- 11.3. În cazul întârzierilor în plata primelor datorate de Contractantul asigurării sau a întârzierilor în plata Indemnizațiilor de asigurare datorate de către Asigurător, partea îndreptățită la primirea respectivelor sume are dreptul să solicite dobânda prevăzută de lege pentru perioada de întârziere.

Art. 12 Forul competent

Forul judecătoresc competent în soluționarea litigiilor apărute între părți este cel în autoritatea căruia se găsește sediul social al Asigurătorului.

Art.13 Anexe, acte declarative

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

Art.14 Alte reglementări

Prevederile prezentelor condiții de asigurare se completează cu dispozițiile legale în materie.

Fondul de Garantare: definit astfel prin Legea nr. 213/2015, cu modificările și completările ulterioare, este destinat protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării, precum și terțelor persoane pagubite, în cazul în care societatea asigurătoare se află în stare de insolabilitate. Fondul se constituie prin contribuția tuturor asigurătorilor, fiind administrat în condițiile legii.

Litigii. Modalități de soluționare a reclamațiilor: orice nemulțumire din partea Contractanților / Asiguraților / Beneficiarilor va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest sens, cererea va fi transmisă în scris (inclusiv în formă electronică), către sediul central al Asigurătorului. Acesta va înregistra petiția și va transmite un răspuns în scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea, în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia. Dacă, din punctul de vedere al petentului, răspunsul Asigurătorului nu corespunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În cazul imposibilității rezolvării amiabile a litigiului, persoana interesată se va putea adresa Autorității de Supraveghere Financiară sau Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor ori va putea sesiza instanțele judecătorești competente. Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către organele abilitate din România, de la sediul Asigurătorului.

Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarii, pot apela la soluționarea alternativă a litigiului potrivit dispozițiilor O.G. nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor conexe emise de A.S.F., cu condiția să facă dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul în mod direct. În acest sens, aceștia se pot adresa 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>.

Legislația Aplicabilă: Contractul de asigurare va fi guvernat de Legislația Română în vigoare, incluzând actele normative privind Asigurațiile și Reasigurațiile, Regulamentul privind Efectuarea Operațiunilor Valutare și prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții de Asigurare.

Deduceri fiscale. Prevederi generale: conform legislației fiscale în vigoare, primele de asigurare nu sunt purtătoare de TVA și nu sunt deductibile la calculul impozitului pe venit/profit. Asigurațiile de viață nu beneficiază de deduceri fiscale în ceea ce privește plata primelor de asigurare. Orice Indemnizație de asigurare aferentă Contractului de asigurare nu este supusă impozitului pe venit. Prezentele precizări fiscale sunt valabile sub rezerva modificării legislației fiscale (Codul Fiscal și orice alt act normativ adoptat în aplicarea acestuia).

CONDIȚII PARTICULARE de Asigurare pentru Asigurarea de Grup - "CLASIC GRUP"

Asigurarea de Deces din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. În cazul decesului din orice cauză al Asiguratului în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asigurătorul plătește Indemnizația de asigurare egală cu suma asigurată prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire.
2. Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP".
3. În cazul unui singur eveniment care produce decesul a 2 sau mai mulți Asigurați, Indemnizația totală de asigurare care se plătește nu poate fi mai mare de 20 de ori suma asigurată medie per Asigurat pentru riscul de deces din orice cauză. Se consideră un singur eveniment, incidentul sau seria de incidente produse sau apărute în urma aceluși eveniment, care conduce la decesul a 2 sau mai multe persoane într-un interval de 12 luni. În cazul în care evenimentul în cauză este un dezastru natural, cum ar fi cutremur, furtună, inundații etc. toate daunele produse sau apărute în urma acestuia într-o perioadă de 72 ore se consideră ca fiind rezultatul unui singur eveniment.
4. Sunt excluse din această acoperire cazurile de deces provocate ca urmare a:
 - a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - d) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.);
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, a consumului de alcool caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - g) sinuciderii Asiguratului, oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată. Sinuciderea nu este considerată Accident;
 - h) unei afecțiuni neoplazice în primele șase luni de la data care a fost inclus în asigurare Asiguratul respectiv;
 - i) oricărui act intenționat al beneficiarilor la deces;
 - j) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - k) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.

Asigurarea de Deces din Accident

1. În cazul decesului Asiguratului, în perioada asigurată, ca urmare a unui accident petrecut în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asigurătorul plătește Indemnizația de asigurare egală cu suma asigurată prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire.
2. Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP".
3. În cazul unui singur eveniment care produce decesul a 2 sau mai mulți Asigurați, Indemnizația totală de asigurare care se plătește nu poate fi mai mare de 20 de ori suma asigurată medie per Asigurat pentru riscul de deces din accident. Se consideră un singur eveniment, incidentul sau seria de incidente produse sau apărute în urma aceluși eveniment (accident), care conduce la decesul a 2 sau mai multe persoane într-un interval de 12 luni. În cazul în care evenimentul în cauză este un dezastru natural, cum ar fi cutremur, furtună, inundații etc. toate daunele produse sau apărute în urma acestuia într-o perioadă de 72 ore se consideră ca fiind rezultatul unui singur eveniment.
4. Sunt excluse din această acoperire cazurile de deces din accident provocate ca urmare a:
 - a) sinuciderii Asiguratului, oricărei tentative de suicid. Sinuciderea nu este considerată Accident;
 - b) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, a consumului de alcool caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - c) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă.
 - f) oricărui act intenționat al beneficiarilor la deces;
 - g) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;

- h) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
- i) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.

Asigurarea pentru Invaliditate Permanentă din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. În cazul în care, ca urmare a unui Accident sau Îmbolnăviri suferite în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul suferă o Invaliditate permanentă totală sau parțială dovedită conform prevederilor legale în termen de 365 (treisuteșazecișicinci) zile din ziua în care s-a produs Evenimentul, Asigurătorul se obligă să plătească o Indemnizație de asigurare calculată asupra Sumei asigurate precizată în Polița de asigurare pentru această acoperire.
2. Indemnizația se calculează conform procentelor și prevederilor din "Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă".
3. În cazul invalidității permanente parțiale Indemnizația de asigurare se plătește dacă procentul sau suma procentelor de invaliditate este mai mare de 11%.
4. În cuprinsul acestei asigurări suplimentare, prin Invaliditate permanentă totală se înțelege pierderea de către Asigurat, în mod permanent, total și irecuperabil, a capacității de a exercita orice profesie sau meserie, remunerate sau aducătoare de profit, datorate unei Îmbolnăviri sau unui Accident petrecute în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.
5. În cuprinsul acestei asigurări suplimentare, prin Invaliditate permanentă parțială se înțelege pierderea parțială de către Asigurat a capacității anatomice și funcționale a unui organ sau sistem, datorită unui Accident sau Îmbolnăviri petrecute în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare cu condiția ca această pierdere să nu poată fi substituită terapeutic sau protetic (cu excepția pierderii anatomice a unor părți ale membrilor superioare sau inferioare).
6. Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP". În cazul Invalidității permanente totale, Indemnizația de asigurare se va plăti eșalonat, în 48 de rate lunare iar prima rată lunară se plătește după 12 luni de invaliditate continuă. Dacă Invaliditatea permanentă totală este incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata indemnizațiilor se poate face și înainte de terminarea perioadei de 12 luni, dar nu mai devreme de 3 luni.
7. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.
8. În cazurile de Invaliditate permanentă nespecificate în "Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă", indemnizația se stabilește în funcție de măsura în care este diminuată definitiv capacitatea generală a Asiguratului pentru orice muncă utilă, indiferent de profesia sa, ținând cont de procentele respective ale cazurilor menționate în tabel. Pierderea absolută și iremediabilă a funcționalității unui organ, sistem sau membru este considerată ca pierdere anatomică a acestuia.
9. În caz de pierdere anatomică sau de reducere funcțională a unui organ sau a unui membru deja deficient, procentele indicate în "Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă" sunt micșorate, ținând seama de gradul de invaliditate preexistent.
10. În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în urma aceluiași Eveniment, indemnizația se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare leziune, până la limita maximă a 100 de procente.
11. Stabilirea gradului de invaliditate se face pe baza certificatului medical constatator al Invalidității permanente eliberat de autoritatea competentă.
12. Asiguratul este obligat să se supună unei noi examinări medicale, la cererea Asigurătorului, în scopul stabilirii procentului din suma asigurată care va fi plătit ca indemnizație pentru Invaliditate permanentă totală. Pe durata plății Indemnizației pentru Invaliditatea permanentă totală, Asigurătorul poate solicita Asiguratului efectuarea de examinări medicale, în vederea stabilirii continuității Invalidității permanente totale. Dacă Asiguratul nu prezintă documentele solicitate de Asigurător în termen de 90 de zile de la data solicitării, Asigurătorul poate înceta plata indemnizației.
13. După fiecare producere a unei Invalidități permanente parțiale în urma unui Eveniment și plata unei Indemnizații de asigurare, suma asigurată pentru Invaliditate permanentă rămâne aceeași ca și înainte de plata indemnizației respective. În cazul în care se produce un alt Eveniment în care Asiguratul suferă o altă Invaliditate permanentă parțială, indemnizația se va stabili prin aplicarea procentului corespunzător din "Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă", cu mențiunea că suma tuturor procentelor pentru toate Evenimentele nu trebuie să depășească 100% din suma asigurată pentru Invaliditate permanentă pe toată durata asigurării.
14. Dacă Asiguratul decedează după plata unei indemnizații pentru Invaliditate permanentă în termen de un an de la data producerii Evenimentului și ca o consecință a acestuia, Asigurătorul:
 - a) plătește diferența dintre suma asigurată pentru deces și indemnizația plătită, când suma asigurată pentru deces este mai mare;
 - b) nu solicită vreo restituire, când suma asigurată pentru deces este inferioară indemnizației plătite.
15. Sunt excluse din această acoperire cazurile de invaliditate provocate ca urmare a:
 - a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - b) oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată. Sinuciderea nu este considerată Accident;
 - c) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;

- d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- e) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- f) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
- g) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, a consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
- h) unei afecțiuni neoplazice diagnosticate în primele 6 luni de la data la care a fost inclus în asigurare asiguratul respectiv;
- i) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
- j) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.

Asigurarea pentru Invaliditate Permanentă din Accident

1. În cazul în care, ca urmare a unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul suferă o Invaliditate permanentă totală sau parțială dovedită conform prevederilor legale în termen de 365 (treisuteșaizeciciinci) zile din ziua în care s-a produs Evenimentul, Asiguratorul se obligă să plătească o Indemnizație de asigurare calculată asupra Sumei asigurate precizată în Polița de asigurare pentru această acoperire.
2. Indemnizația se calculează conform procentelor și prevederilor din "Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă".
3. În cazul invalidității permanente parțiale Indemnizația de asigurare se plătește dacă procentul sau suma procentelor de invaliditate este mai mare de 11%.
4. În cuprinsul acestei asigurări suplimentare, prin Invaliditate permanentă totală se înțelege pierderea de către Asigurat, în mod permanent, total și irecuperabil, a capacității de a exercita orice profesie sau meserie, remunerate sau aducătoare de profit, datorate unui Accident petrecut în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.
5. În cuprinsul acestei asigurări suplimentare, prin Invaliditate permanentă parțială se înțelege pierderea parțială de către Asigurat a capacității anatomice și funcționale a unui organ sau sistem, datorită unui Accident petrecut în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare cu condiția ca această pierdere să fie permanentă și irecuperabilă și să nu poată fi substituită terapeutic sau protetic (cu excepția pierderii anatomice a unor părți ale membrilor superioare sau inferioare).
6. Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP". În cazul Invalidității permanente totale, Indemnizația de asigurare se va plăti eșalonat, în 48 de rate lunare iar prima rată lunară se plătește după 12 luni de invaliditate continuă. Dacă Invaliditatea permanentă totală este incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata indemnizațiilor se poate face și înainte de terminarea perioadei de 12 luni.
7. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.
8. În cazurile de Invaliditate permanentă nespecificate în "Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă", indemnizația se stabilește în funcție de măsura în care este diminuată definitiv capacitatea generală a Asiguratului pentru orice muncă utilă, indiferent de profesia sa, ținând cont de procentele respective ale cazurilor mai sus menționate. Pierderea absolută și iremediabilă a funcționalității unui organ, sistem sau membru este considerată ca pierdere anatomică a acestuia.
9. În caz de pierdere anatomică sau de reducere funcțională a unui organ sau a unui membru deja deficient, procentele indicate în "Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă" sunt micșorate, ținând seama de gradul de invaliditate preexistent.
10. În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în urma aceluiași Eveniment, indemnizația se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare leziune, până la limita maximă a 100 de procente.
11. Stabilirea gradului de invaliditate se face pe baza certificatului medical constatator al Invalidității permanente eliberat de autoritatea competentă.
12. Asiguratul este obligat să se supună unei noi examinări medicale, la cererea Asiguratorului, în scopul stabilirii procentului din suma asigurată care va fi plătit ca indemnizație pentru Invaliditate permanentă totală. Pe durata plății Indemnizației pentru Invaliditatea permanentă totală, Asiguratorul poate solicita Asiguratului efectuarea de examinări medicale, în vederea stabilirii continuității Invalidității permanente totale. Dacă Asiguratul nu prezintă documentele solicitate de Asigurator în termen de 90 de zile de la data solicitării, Asiguratorul poate înceta plata indemnizației.
13. După fiecare producere a unei Invalidități permanente parțiale în urma unui Eveniment și plata unei Indemnizații de asigurare, suma asigurată pentru Invaliditate permanentă rămâne aceeași ca și înainte de plata indemnizației respective. În cazul în care se produce un alt Eveniment în care Asiguratul suferă o altă Invaliditate permanentă parțială, indemnizația se va stabili prin aplicarea procentului corespunzător din "Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă", cu mențiunea că suma tuturor procentelor pentru toate Evenimentele nu trebuie să depășească 100% din suma asigurată pentru Invaliditate permanentă pe toată durata asigurării.

14. Dacă Asiguratul decedează după plata unei indemnizații pentru Invaliditate permanentă în termen de un an de la data producerii Evenimentului și ca o consecință a acestuia, Asiguratorul:
 - a) plătește diferența dintre suma asigurată pentru deces și indemnizația plătită, când suma asigurată pentru deces este mai mare;
 - b) nu solicită vreo restituire, când suma asigurată pentru deces este inferioară indemnizației plătite.
15. Sunt excluse din această acoperire cazurile de invaliditate datorate unor accidente ca urmare a:
 - a) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - b) oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată. Sinuciderea nu este considerată Accident;
 - c) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, a consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă.
 - g) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - h) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.

Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. În cazul în care Asiguratul este internat într-un Spital ca urmare a unui Accident sau Îmbolnăviri suferite în perioada valabilității Poliței de asigurare pentru o perioadă mai mare 3 zile, Asiguratorul va plăti o indemnizație pentru fiecare zi de Spitalizare continuă. Ziua de externare nu este indemnizată.
2. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin:

Spital se înțelege o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății Publice și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

 - acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;
 - dispune de echipamente medicale adecvate, de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului;
 - dispune de un serviciu de permanent de gardă cu participarea continuă a medicilor și a personalului auxiliar;

Spitalizare continuă se înțelege Forma de internare într-o secție/compartiment dintr-un Spital pentru îngrijirea afecțiunilor acute sau tratarea urmărilor unui Accident sau Îmbolnăviri, cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru afecțiunile acute și urmările unui Accident sau Îmbolnăviri pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv. Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă.

Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:

 - unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
 - unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
 - unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale;
 - structurile denumite "spitalizare de zi";
 - instituțiile de îngrijiri medicale la domiciliu;
 - sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie;
 - clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;
 - sanatoriile și preventoriile TBC precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau ftiziologie, cu excepția situațiilor în care din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicațiile acesteia;
 - unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală, cu excepția situațiilor în care se efectuează tratamente recuperatorii pentru o îmbolnăvire acută sau Accident petrecute în perioada de valabilitate a asigurării. Numărul maxim de zile de spitalizare pentru recuperare este de 30 zile per an de asigurare;
 - spital în calitate de însoțitor
3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea „CLASIC GRUP”.
4. Numărul maxim de zile de spitalizare continuă plătite pentru un Asigurat este de 180 de zile într-un an de asigurare și 90 de zile pentru un Eveniment asigurat, dacă nu se precizează altfel în polița de asigurare. În cazul în care evenimentul s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de Spitalizare Continuă plătite după data expirării este de 10 zile.

5. Nu se acordă indemnizații de spitalizare decât Asiguratului căruia medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în scopul tratării consecințelor unui Accident sau Îmbolnăviri acoperite prin prezentele condiții de asigurare. Nu se plătesc indemnizații de spitalizare pentru internare în scopul efectuării unor investigații medicale sau analize de laborator cu scop de diagnostic.
6. Sunt excluse din această acoperire cazurile de spitalizări provocate ca urmare a:
- unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
 - îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.;
 - bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zonă cu potențial mare de contaminare;
 - bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - unei afecțiuni neoplazice, diagnosticată în primele șase luni de la data la care a fost inclus în asigurare asiguratul respectiv;
 - spitalizărilor pentru tratamente cosmetice/estetice/ plastice și / sau reparatorii, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale ale unui țesut, organ, membru sau segment de membru, ca urmare a unei Îmbolnăviri sau a unui Accident sau pentru excizia de tumori benigne/ maligne la recomandarea medicului. Spitalizarea pentru chirurgia estetică/ cosmetică/ plastică și/ sau reparatorie, care implică schimbarea aspectului la alegerea Asiguratului, fără a fi o necesitate medicală, nu este acoperită;
 - evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția vortului în scop Terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
 - efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificială;
 - tratamentului dentar, chirurgiei și esteticii dentare, cu excepția celor necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată;
 - avortului la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic, în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate;
 - spitalizare în scopul unor intervenții chirurgicale pentru schimbare de sex sau donare de organe;
 - evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
7. Pentru această clauză se acordă numai indemnizații de asigurare către asigurat, nu se acoperă în nici un caz eventualele facturi emise de către spitale pentru acoperirea costului spitalizării.
8. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.

Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă din Accident

- În cazul în care Asiguratul este internat într-un Spital ca urmare a unui Accident petrecut în perioada valabilității Poliței de asigurare pentru o perioadă mai mare 3 zile, Asiguratorul va plăti o indemnizație pentru fiecare zi de Spitalizare continuă. Ziua de externare nu este indemnizată.
- În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin:
Spital se înțelege o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății Publice și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;
 - dispune de echipamente medicale adecvate, de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului;
 - dispune de un serviciu de permanent de gardă cu participarea continuă a medicilor și a personalului auxiliar; Spitalizare continuă se înțelege Forma de internare într-o secție/compartiment dintr-un Spital pentru îngrijirea sau tratarea urmărilor unui Accident petrecut în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pe întreaga durată necesară rezolvării cazului

respectiv. Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă.

Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:

- unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
- unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
- unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor social;
- structurile denumite "spitalizare de zi";
- instituțiile de îngrijiri medicale la domiciliu;
- sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie;
- clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;
- sanatoriile și preventoriile TBC precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau fiziologie, cu excepția situațiilor în care din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicațiile acesteia;
- unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală, cu excepția situațiilor în care se efectuează tratamente recuperatorii pentru o îmbolnăvire acută sau Accident petrecute în perioada de valabilitate a asigurării. Numărul maxim de zile de spitalizare pentru recuperare este de 30 zile;
- spital în calitate de însoțitor.

3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea „CLASIC GRUP”.
4. Numărul maxim de zile de spitalizare continuă plătite pentru un Asigurat este de 180 de zile într-un an de asigurare și 90 de zile pentru un Eveniment asigurat, dacă nu se precizează altfel în polița de asigurare. În cazul în care evenimentul s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de Spitalizare Continuă plătite după data expirării este de 10 zile.
5. Nu se acordă indemnizații de spitalizare decât Asiguratului căruia medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în scopul tratării consecințelor unui Accident acoperite prin prezentele condiții de asigurare. Nu se plătesc indemnizații de spitalizare pentru internare în scopul efectuării unor investigații medicale sau analize de laborator cu scop de diagnostic.
6. Sunt excluse din această acoperire cazurile de spitalizări datorate unor accidente ca urmare a:
 - a) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - d) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - e) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - f) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - g) zborului Asiguratului, ca pasager în cadrul unor societăți aviatice neînregistrate legal pentru transportul de pasageri plătitori;
 - h) Spitalizărilor pentru tratamente cosmetice/estetice/ plastice și / sau reparatorii, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale ale unui tesut, organ, membru sau segment de membru, ca urmare a unei Îmbolnăviri sau a unui Accident sau pentru excizia de tumori benigne/ maligne la recomandarea medicului. Spitalizarea pentru chirurgia estetică/ cosmetică/ plastică și/ sau reparatorie, care implică schimbarea aspectului la alegerea Asiguratului, fără a fi o necesitate medicală, nu este acoperită;
 - i) tratamentului dentar, chirurgiei și esteticii dentare, cu excepția celor necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată;
 - j) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - k) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
7. Pentru această clauză nu se acoperă în nici un caz eventualele facturi emise de către spitale pentru acoperirea costului spitalizării.
8. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.

Acoperirea pentru Convalescență post-spitalizare a Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea petrecute în perioada asigurată - au drept urmare pierderea temporară a capacității de muncă a Asiguratului, dovedită pe baza existenței unui certificat de concediu medical emis pe numele Asiguratului, și acest concediu medical urmează unei spitalizări continue mai mari de 3 zile, Asiguratorul plătește indemnizația prevăzută în Contractul de asigurare pentru fiecare zi de convalescență. Numărul maxim de zile de convalescență

- post-spitalizare este de 180 zile într-un an de asigurare și 90 de zile pentru un Eveniment asigurat, dacă în poliță nu se precizează altfel. În cazul în care evenimentul s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de convalescență post-spitalizare plătite după data expirării este de 10 zile.
2. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin:
Convalescență post-spitalizare se înțelege imposibilitatea temporară a Asiguratului de a desfășura munca salariată sau purtătoare de profit, prestată de acesta până în momentul producerii Accidentului sau Îmbolnăvirii. În sensul prezentelor condiții particulare de asigurare, Convalescența post-spitalizare urmează obligatoriu unei perioade de Spitalizare continuă și nu include perioada de spitalizare.
 3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP".
 4. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.
 5. Sunt excluse din această acoperire cazurile de Convalescență post-spitalizare apărute ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) tratamentului dentar, chirurgiei și esteticii dentare, cu excepția celor necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată;
 - f) concediilor medicale prenatale și postnatale în cazul în care codul de indemnizație din Certificatul de Concediu Medical este 08 (sarcină și lăuzie), precum și concedii de îngrijire a copilului bolnav având ca și cod de indemnizație 09 (Îngrijire copil bolnav);
 - g) avortului la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate;
 - h) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop Terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
 - i) tuberculozei pulmonare, precum și consecințele/ complicațiile acesteia;
 - j) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - k) afecțiunilor pre-existente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - l) unei afecțiuni neoplazice diagnosticate în primele 6 luni de la data la care a fost inclus în asigurare asiguratul respectiv;
 - m) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.;
 - n) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - o) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
 6. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.

Asigurarea pentru Convalescență post-spitalizare a Asiguratului din Accident

1. Dacă Accidentul petrecut în perioada asigurată are drept urmare pierderea temporară a capacității de muncă a Asiguratului, dovedită pe baza existenței unui certificat de concediu medical emis pe numele Asiguratului, și acest concediu medical urmează unei spitalizări (datorate aceluiași eveniment) cu o durată mai mare 3 zile, Asiguratorul plătește indemnizația prevăzută în Contractul de asigurare pentru fiecare zi de convalescență. Numărul maxim de zile de convalescență post-spitalizare este de 180 zile într-un an de asigurare și 90 de zile pentru un Eveniment asigurat dacă în poliță nu se precizează altfel. În cazul în care evenimentul s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de convalescență post-spitalizare plătite după data expirării este de 10 zile.
2. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin:
Convalescență post-spitalizare se înțelege imposibilitatea temporară a Asiguratului de a desfășura munca salariată sau purtătoare de profit, prestată de acesta până în momentul producerii Accidentului. În sensul prezentelor condiții particulare de asigurare, Convalescența post-spitalizare urmează obligatoriu unei perioade de Spitalizare continuă și nu include perioada de spitalizare.
3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP".
4. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.

5. Sunt excluse din această acoperire cazurile de Convalescență post-spitalizare apărute ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - g) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - h) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
6. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare din accident, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.

Acoperirea pentru Incapacitate temporară de muncă a Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea petrecute în perioada asigurată - au drept urmare pierderea temporară a capacității de muncă a Asiguratului, dovedită pe baza existenței unui certificat de concediu medical emis pe numele Asiguratului și pentru o perioadă mai mare de 3 zile, Asiguratorul plătește indemnizația prevăzută în Contractul de asigurare pentru fiecare zi de concediu medical. Numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă plătite pentru un Asigurat este de 180 de zile într-un an de asigurare și 90 de zile pentru un Eveniment asigurat, dacă în poliță nu se precizează altfel. În cazul în care evenimentul s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă plătite după data expirării este de 10 zile. Indemnizația se plătește cu respectarea franșizei temporale menționate în poliță (dacă există).
2. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin:
Incapacitate temporară de muncă se înțelege imposibilitatea temporară a Asiguratului de a desfășura munca salariată sau purtătoare de profit, prestată de acesta până în momentul producerii Accidentului sau Îmbolnăvirii.
3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea „CLASIC GRUP”.
4. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.
5. Sunt excluse din această acoperire cazurile de Incapacitate temporară de muncă apărute ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) tratamentului dentar, chirurgiei și esteticii dentare, cu excepția celor necesare ca urmare a unui Accident;
 - f) concediilor medicale prenatale, acordate în intervalul de timp de 6 luni care a precedat nașterea, concediilor postnatale, acordate în intervalul de timp de 6 luni care a urmat nașterii în cazul în care codul de indemnizație din Certificatul de Concediu Medical este 08 (sarcină și lăuzie), precum și concedii de îngrijire a copilului bolnav având ca și cod de indemnizație 09 (Ingrijire copil bolnav);
 - g) avortului la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate;
 - h) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
 - i) tuberculozei pulmonare, precum și consecințele/ complicațiile acesteia;
 - j) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - k) afecțiunilor pre-existente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - m) ca urmare a unei afecțiuni neoplazice diagnosticate în primele 6 luni de la data la care a fost inclus în asigurare asiguratul respectiv;

- n) tuturor îmbolnăvirilor cauzate de consumul cronic sau excesiv de alcool (de ex: - enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă - pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.);
 - o) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - p) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
6. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.

Asigurarea pentru Incapacitate temporară de muncă a Asiguratului din Accident

1. Dacă Accidentul petrecut în perioada asigurată are drept urmare pierderea temporară a capacității de muncă Asiguratului, dovedită pe baza existenței unui certificat de concediu medical emis pe numele Asiguratului, Asigurătorul plătește indemnizația prevăzută în Contractul de asigurare pentru fiecare zi de concediu medical. Numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă plătite pentru un Asigurat este de 180 de zile într-un an de asigurare și 90 de zile pentru un Eveniment asigurat, dacă în poliță nu se precizează altfel. În cazul în care evenimentul s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă plătite după data expirării este de 10 zile. Indemnizația se plătește cu respectarea franșizei temporale menționate în poliță (dacă există).
2. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin:
Incapacitate temporară de muncă se înțelege imposibilitatea temporară a Asiguratului de a desfășura munca salariată sau purtătoare de profit, prestată de acesta până în momentul producerii Accidentului.
3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP".
4. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.
5. Sunt excluse din această acoperire cazurile de Incapacitate temporară de muncă apărute ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) consecințelor unui handicap sau accident anterior incluserii în asigurare;
 - g) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - h) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
6. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare din accident, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.

Acoperirea pentru Intervenții Chirurgicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. În cazul în care, ca urmare a unui Accident sau Îmbolnăviri suferite în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul suferă o Intervenție chirurgicală și dacă Asiguratul este în viață după 24 de ore de la finalizarea intervenției, Asigurătorul va plăti o Indemnizație de asigurare calculată asupra Sumei asigurate pentru Intervenții chirurgicale din orice cauză, conform procentelor și prevederilor din "Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale".
2. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin:
Intervenție chirurgicală se înțelege procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate exclusiv în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - este practică de către un medic specialist într-o secție chirurgicală a unui Spital, sau a unui centru medical ambulator care deține autorizare/acreditare explicită pentru furnizarea serviciului medical respectiv, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
 - presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
Spital se înțelege o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății Publice și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;
 - dispune de echipamente medicale adecvate, de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor Legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului;
 - dispune de un serviciu de permanent de gardă cu participarea continuă a medicilor și a personalului auxiliar.

3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP".
4. Dacă nu este altfel specificat printr-un act adițional, două sau mai multe Intervenții chirurgicale efectuate prin aceeași incizie vor fi considerate o singură Intervenție chirurgicală.
5. Dacă se efectuează mai multe Intervenții chirurgicale în aceeași ședință operatorie, Indemnizația de asigurare va fi cea corespunzătoare Intervenției chirurgicale efectuate care are cel mai ridicat procentaj în "Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale".
6. Pentru orice Intervenție chirurgicală neprecizată în "Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale", Asiguratorul va indemniza prin analogie cu o intervenție specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asiguratorului, cu excepția cazului în care acea intervenție este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.
7. Suma asigurată pentru Intervenții chirurgicale în urma unui Eveniment este aceeași pe toată durata asigurării și nu se modifică în urma plății Indemnizației de asigurare. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% pe an de asigurare.
8. Sunt excluse din această acoperire cazurile de intervenții chirurgicale provocate ca urmare a:
 - a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - d) participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
 - e) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
 - f) bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zona cu potențial mare de contaminare;
 - g) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - h) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal și a consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - i) oricărei tentative de sinucidere, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - j) unei afecțiuni neoplazice diagnosticate în primele 6 luni de la data la care a fost inclus în asigurare asiguratul respectiv;
 - k) zborului Asiguratului, ca pasager în cadrul unor societăți aviatice neînregistrate legal pentru transportul de pasageri plătitori;
 - l) avortului la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic, în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate;
 - m) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
 - n) efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificială;
 - o) intervențiilor de chirurgie cosmetică/ estetică/ plastică și/ sau reparatorie, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale ale unui țesut, organ, membru sau segment de membru, ca urmare a unei Îmbolnăviri sau a unui Accident sau pentru excizia de tumori benigne/ maligne la recomandarea medicului. Chirurgia estetică/ cosmetică/ plastică și/ sau reparatorie, care implică schimbarea aspectului la alegerea Asiguratului, fără a fi o necesitate medicală, nu este acoperită;
 - p) intervențiilor stomatologice. Cu toate acestea, Asiguratorul va plăti indemnizații pentru Intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale, necesare ca urmare a unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
 - q) tuberculozei pulmonare, precum și consecințele/ complicațiile acesteia;
 - r) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - s) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
9. De asemenea, sunt excluse:
 - a) intervențiile chirurgicale sau procedurile medicale efectuate exclusiv în scop explorator sau diagnostic;
 - b) intervenții chirurgicale pentru corectarea tulburărilor de refracție a ochilor, a acuității acustice;
 - c) intervențiile chirurgicale pentru schimbare de sex sau donare de organe;
10. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.
11. Pentru această clauză se acordă numai indemnizații de asigurare către asigurat, nu se acoperă în nici un caz eventualele facturi emise de către unitățile medicale, pentru acoperirea costului unei intervenții chirurgicale.
12. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.

Acoperirea pentru Intervenții Chirurgicale din Accident

1. În cazul în care, ca urmare a unui Accident petrecut în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul suferă o Intervenție chirurgicală și este în viață după 24 de ore de la finalizarea intervenției, Asiguratorul va plăti o Indemnizație de asigurare calculată asupra Sumei asigurate pentru Intervenții chirurgicale din orice cauză, conform procentelor și prevederilor din "Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale".
2. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin:
Intervenție chirurgicală se înțelege procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate exclusiv în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - este practică de către un medic specialist într-o secție chirurgicală a unui Spital, sau a unui centru medical ambulator care deține autorizare/acreditare explicită pentru furnizarea serviciului medical respectiv, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
 - presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
Spital se înțelege o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății Publice și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;
 - dispune de echipamente medicale adecvate, de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului;
 - dispune de un serviciu de permanent de gardă cu participarea continuă a medicilor și a personalului auxiliar
3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP".
4. Dacă nu este altfel specificat printr-un act adițional, două sau mai multe Intervenții chirurgicale efectuate prin aceeași incizie vor fi considerate o singură Intervenție chirurgicală.
5. Dacă se efectuează mai multe Intervenții chirurgicale în aceeași ședință operatorie, Indemnizația de asigurare va fi cea corespunzătoare Intervenției chirurgicale efectuate care are cel mai ridicat procentaj în "Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale".
6. Pentru orice Intervenție chirurgicală neprecizată în "Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale", Asiguratorul va indemniza prin analogie cu o intervenție specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asiguratorului, cu excepția cazului în care acea intervenție este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.
7. Suma asigurată pentru Intervenții chirurgicale în urma unui Eveniment este aceeași pe toată durata asigurării și nu se modifică în urma plății Indemnizației de asigurare. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per an de asigurare.
8. Sunt excluse din această acoperire cazurile de intervenții chirurgicale provocate ca urmare a:
 - a) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - d) participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal și a consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - g) oricărei tentative de sinucidere, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - h) zborului Asiguratului, ca pasager în cadrul unor societăți aviatice neînregistrate legal pentru transportul de pasageri plătitori;
 - i) Intervențiilor de chirurgie cosmetică/ estetică/ plastică și/ sau reparatorie, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale ale unui țesut, organ, membru sau segment de membru, ca urmare a unei îmbolnăviri sau a unui Accident sau pentru excizia de tumori benigne/ maligne la recomandarea medicului. Chirurgia estetică/ cosmetică/ plastică și/ sau reparatorie, care implică schimbarea aspectului la alegerea Asiguratului, fără a fi o necesitate medicală, nu este acoperită;
 - j) intervențiilor stomatologice. Cu toate acestea, Asiguratorul va plăti indemnizații pentru Intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale, necesare ca urmare a unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
 - k) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - l) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
9. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare din accident, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.
10. Pentru această clauză nu se acoperă în nici un caz eventualele facturi emise de către unitățile medicale, pentru acoperirea costului unei intervenții chirurgicale.
11. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.

Indemnizația pentru cazuri de Fracturi ca urmare a unui Accident

1. Dacă Asiguratul suferă una sau mai multe fracturi ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată, Asiguratorul va plăti o indemnizație calculată asupra sumei asigurate pentru fracturi, conform procentelor și prevederilor următoare:

Descrierea tipului de fractura	Procentaj (%)
Fractura craniu	60
Fractură una sau mai multe vertebre prin compresie	50
Fractură femur	50
Fractură gambă - ambele oase	30
Fractură pelvis	30
Fractură humerus	25
Fractură antebrăuț-ambele oase sau rotulă	20
Fractură mandibulă, maxilar, planseu orbital.....	20
Fractura clavicula, omoplat, antebrat sau gamba un singur os.....	15
Fractură articulația pumnului,carpiene, metacarpene.....	10
Fractură articulația gleznei, tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10
Fractură piramidă nazală, arcada orbitala	10
Fractură coaste două sau mai multe, sau stern	10
Procese transversale vertebrale, fiecare din acestea sau o coasta	5
Fractură deget de la mână sau picior	2
Fractură dentară	2

2. Fractura se definește ca fiind o leziune datorată unui Accident, caracterizată prin întreruperea continuității unui os, leziune ce poate fi completă sau incompletă, cu sau fără deplasarea fragmentelor osoase. Din această categorie fac parte și fisurile osoase.
3. Pentru orice fractură neprecizată mai sus, Asiguratorul va indemniza prin analogie cu o fractură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asiguratorului, cu excepția cazului în care acea fractură este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.
4. Pentru fracturi multiple (fracturi pe oase diferite) survenite ca urmare a aceluiași eveniment se vor cumula procentele aferente fiecărei fracturi, până la procentul maxim de 100%.
5. Pentru fracturi cominutive (mai multe fracturi pe același os) se aplică o majorare cu 25% a indemnizației. Dacă s-au produs fracturi cominutive pe mai multe oase, se va aplica majorarea de 25% pentru fiecare fractură și se vor cumula procentele până la procentul maxim de 100%.
6. Suma asigurată pentru fracturi este fixă pentru întreaga perioadă de asigurare, procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100%.
7. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea „CLASIC GRUP”.
8. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.
9. Sunt excluse din această acoperire cazurile de fracturi provocate ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal și a consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) oricărei tentative de sinucidere, automutilare sau îmbolnăvire intenționată. Sinuciderea nu este considerată Accident;
 - c) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - d) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - g) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.

Indemnizația pentru cazuri de Arsuri ca urmare a unui Accident

1. Asiguratorul va plăti o indemnizație calculată asupra sumei asigurate pentru arsuri, ca urmare a unui Accident petrecut în perioada asigurată, conform procentelor și prevederilor următoare:

Tip arsură	Procent (%)
Arsura de gradul doi pe o suprafață mai mică de 5 % din corp.....	5
Arsura de gradul doi pe o suprafață de 5-10% din corp	10
Arsura de gradul doi pe o suprafață de 10-24% din corp	15
Arsura de gradul doi pe o suprafață de 25-50% din corp	30
Arsura de gradul doi pe o suprafață de peste 50% din corp	45

Arsura de gradul trei și patru pe o suprafață de până la 10% din corp	70
Arsura de gradul trei și patru a organelor senzoriale.....	100
Arsura de gradul trei și patru pe o suprafață de peste 10 % din corp	100

Pentru orice tip de arsură neprecizată mai sus, Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o arsură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului în care acea arsură este exclusă în mod explicit în contractul de asigurare.

2. Arsura se definește ca fiind leziune cutanată sau mucoasă provocată de agenți fizici (căldura, radiațiile, electricitatea) și chimici.
3. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv persoanei Asigurate.
4. Sunt excluse din această acoperire cazurile de arsuri provocate ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal și a consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) oricărei tentative de sinucidere, automutilare sau îmbolnăvire intenționată. Sinuciderea nu este considerată Accident;
 - c) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - d) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - g) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.

Cheltuieli medicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul, ca urmare a vătămărilor corporale rezultate dintr-un Accident produs în perioada asigurată, sau dintr-o Îmbolnăvire manifestată pentru prima dată în perioada asigurată, este obligat să suporte următoarele cheltuieli medicale pe baza prescripției medicului:
 - efectuarea unor proceduri medicale precum: consulturi de diagnosticare, consulturi de control, investigații imagistice, investigații paraclinice, etc;
 - medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului, eliberată pe numele Asiguratului și cu certificarea rețetei originale;
 - achiziționare sau închiriere de proteze, cărje, scaune cu roțile și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului o singură dată în decursul perioadei asigurate, indiferent de reînnoirile polițelor. Nu sunt acoperite cheltuielile legate de repararea sau îmbunătățirea condiției acestora;
 - transport cu ambulanța de la locul accidentului, sau de la locul în care se afla pacientul care reclama probleme urgente de sănătate, la cel mai apropiat spital/unitate medicală, abilitată în acordarea primului ajutor sau de la acesta la un alt spital/clinică specializată, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament;
2. Asigurătorul acoperă aceste cheltuieli medicale (achită Asiguratului contravaloarea lor), pe baza documentelor medicale și fiscale emise pe numele Asiguratului, până la limita maximă prevăzută în poliță pentru această clauză. Despăgubirile pentru această clauză se vor plăti cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de asigurare.
3. Cheltuielile medicale se vor plăti exclusiv Asiguratului și vor fi acoperite numai în baza documentelor fiscale în original.
4. Nu sunt acoperite cheltuielile medicale pentru care nu există o recomandare scrisă eliberată de către un medic.
5. Sunt excluse din această acoperire cazurile de cheltuieli medicale apărute ca urmare a:
 - a) unei Afecțiuni preexistente, Boli cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - d) participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
 - e) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
 - f) bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zona cu potențial mare de contaminare;
 - g) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;

- h) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - i) oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată. Sinuciderea nu este considerată Accident;
 - j) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticată în primele șase luni de la data la care a fost inclus în asigurare Asiguratul respectiv;
 - k) zborului Asiguratului, ca pasager în cadrul unor societăți aviatice neînregistrate legal pentru transportul de pasageri plătitori;
 - l) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
 - m) efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare in vitro/inseminare artificială;
 - n) tratamentului dentar, chirurgiei și esteticii dentare. Cu toate acestea, Asiguratorul va acoperi Cheltuielile Medicale dentare necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată, dar nu va acoperi Cheltuielile Medicale necesare restaurării dentare;
 - o) îngrijirilor medicale acordate la domiciliu;
 - p) tratamentelor și investigațiilor alternative, naturiste, homeopatice, acupunctură, fitoterapie, apifiterapie, cristaloterapie, aromoterapie, bioenergie (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);
 - q) vaccinurilor;
 - r) tuberculozei pulmonare, precum și consecințele/ complicațiile acesteia;
 - s) Intervențiilor de chirurgie cosmetică/ estetică/ plastică și/ sau reparatorie, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale ale unui țesut, organ, membru sau segment de membru, ca urmare a unei Îmbolnăviri sau a unui Accident sau pentru excizia de tumori benigne/ maligne la recomandarea medicului. Chirurgia estetică/ cosmetică/ plastică și/ sau reparatorie, care implică schimbarea aspectului la alegerea Asiguratului, fără a fi o necesitate medicală, nu este acoperită;
 - t) oricăror tratamente medicale recuperatorii, cure în stațiuni balneoclimaterice sau sanatorii TBC;
 - u) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - v) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
6. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.
7. Pentru clauza de cheltuieli medicale nu se acordă indemnizații de asigurare, ci se acoperă costul cheltuielilor efectuate în beneficiul asiguratului, altele decât spitalizarea, intervențiile chirurgicale, recuperarea medicală specializată.

Cheltuieli medicale din Accident

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul, ca urmare a vătămarilor corporale rezultate dintr-un Accident produs în perioada asigurată este obligat să suporte următoarele cheltuieli medicale pe baza prescripției medicului:
 - efectuarea unor proceduri medicale, precum: consulturi de diagnosticare, consulturi de control, investigații imagistice, investigații paraclinice, etc;
 - medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului, eliberată pe numele Asiguratului și cu certificarea rețetei originale;
 - achiziționare sau închiriere de proteze, cârje, scaune cu rotile și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului o singură dată în decursul perioadei asigurate, indiferent de reînnoirile polițelor.
Nu sunt acoperite cheltuielile legate de repararea sau îmbunătățirea condiției acestora
 - transport cu ambulanța de la locul accidentului la cel mai apropiat spital/unitate medicală, abilitată în acordarea primului ajutor sau de la acesta la un alt spital/clinică specializată, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament;
2. Asiguratorul acoperă aceste cheltuieli medicale (achită Asiguratului contravaloarea lor), pe baza documentelor medicale și fiscale emise pe numele Asiguratului, până la limita maximă prevăzută în poliță pentru această clauză.
3. Cheltuielile medicale se vor plăti exclusiv Asiguratului și vor fi acoperite numai în baza documentelor fiscale în original.
4. Nu sunt acoperite cheltuielile medicale pentru care nu există o recomandare scrisă eliberată de către un medic.
5. Sunt excluse din această acoperire cazurile de cheltuieli medicale apărute ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;

- c) oricărei tentative de suicid sau automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - g) esteticii și restaurării dentare. Cu toate acestea, Asigurătorul va acoperi Cheltuielile Medicale dentare necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată, dar nu va acoperi cheltuielile Medicale necesare restaurării dentare;
 - h) cheltuieli medicale ca urmare a unor consultații și / sau îngrijiri la domiciliu;
 - i) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - j) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
6. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare din accident, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.
7. Pentru clauza de cheltuieli medicale nu se acordă indemnizații de asigurare, ci se acoperă costul cheltuielilor efectuate în beneficiul asiguratului, altele decât spitalizarea, intervențiile chirurgicale, recuperarea medicală specializată.

Asigurarea pentru Boli (afecțiuni) Grave

- 1. În baza prezentelor condiții de asigurare, Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare menționată în poliță pentru această clauză în cazul în care Asiguratul decedează ca urmare a unei boli grave, sau este diagnosticat prima oară în perioada asigurată cu o afecțiune gravă, sau suferă o intervenție chirurgicală dintre cele specificate în cuprinsul prezentei clauze.
- 2. Plata indemnizației pentru situațiile prezentate la punctul 1 se face numai dacă afecțiunile s-au manifestat pentru prima dată în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.
- 3. În cazul decesului ca urmare a unei boli grave - definite conform prezentelor condiții de asigurare - se va plăti atât indemnizația pentru boala gravă, cât și indemnizația pentru deces din orice cauză.
- 4. Asigurătorul este exonerat de plata oricărei indemnizații pentru bolile, respectiv intervențiile chirurgicale prevăzute la pct. 5, a căror apariție este influențată sau produsă de infecția HIV.

DEFINIȚII

Prin Boli Grave se înțeleg exclusiv afecțiunile / intervențiile chirurgicale menționate mai jos, așa cum sunt definite în prezentele condiții de asigurare:

Afecțiuni definite ca Boli Grave:

- 1. Accident vascular cerebral
- 2. Cancer
- 3. Infarct miocardic acut
- 4. Insuficiența renală cronică
- 5. Scleroza multiplă

Intervenții chirurgicale definite ca Boli Grave:

- 6. Intervenție chirurgicală de tip by-pass aorto-coronarian
- 7. Coronaroplastia sau angioplastia periferică, cu sau fără stent
- 8. Implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil
- 9. Transplant de organe
- 10. Intervenție chirurgicală pe cord deschis

Aceste Intervenții trebuie să fie efectuate ca urmare a unei necesități medicale. Orice alt fel de intervenții chirurgicale decât cele specificate în prezenta clauză nu constituie Boli Grave.

- 5.1 Accident vascular cerebral: orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 ore și include infarctul țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral, sursele fiind în afara creierului. Existența unui deficit neurologic permanent la cel puțin 6 săptămâni de la data producerii evenimentului trebuie confirmată de un neurolog. O pretenție de indemnizare poate fi admisă numai după trecerea acestei perioade. Accidentul vascular cerebral este exclus dacă vreuna din dovezile de mai sus lipsește, de exemplu: diagnostic bazat doar pe tomografie cerebrală sau doar deficit neurologic permanent.
- 5.2 Cancer: Afecțiune medicală care constă în prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, inclusiv leucemia, limfoame și boala Hodgkin, caracterizată de înmulțirea necontrolată a celulelor maligne diagnosticată de către un medic specialist oncolog. Aceasta categorie va include și metastazarea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului normal diagnosticată ca atare de către un medic specialist oncolog. Următoarele tipuri de afecțiuni maligne Următoarele tipuri de afecțiuni maligne nu sunt acoperite prin prezenta clauză:
 - a) Tumori reprezentând modificări maligne de tip carcinom in situ (inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3) precum și carcinoamele cu stadiul Ta conform clasificării internaționale în vigoare TNM, American Joint Comitee on Cancer sau tumori a căror descriere histologică este de tip premalign;
 - b) Melanoame cu grosime determinată prin examen histologic mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark;
 - c) Toate hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii;

- d) Toate carcinoamele scuamocelulare ale pielii, cu excepția situației în care invazia s-a extins către alte organe;
- e) Sarcom Kaposi și alte carcinoame asociate infecției HIV;
- f) Tumorile de prostată cu stadiul sub T2N0M0 conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Committee on Cancer.

Nu se va plăti indemnizația de asigurare pentru cancer dacă această afecțiune a fost diagnosticată în primele 6 luni de la includerea Asiguratului în asigurare (pentru fiecare asigurat se aplică o perioadă de așteptare de 6 luni de la data includerii în asigurare).

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

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

Următoarele afecțiuni sunt excluse:

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

5.4 Insuficiența renală cronică: Ultimul stadiu al unei suferințe renale care constă în afectarea cronică, ireversibilă a funcției ambilor rinichi și care impune dializa renală regulată, cel puțin o dată pe săptămână, sau realizarea transplantului de rinichi. Următoarele excluderi specifice se aplică în caz de insuficiență renală:

- a) hemodializa în situația unei insuficiențe renale acute sau orice caz de hemodializă nonpermanentă;
- b) insuficiența unui singur rinichi;
- c) afecțiunea Asiguratului cu indicația de transplant renal anterioară datei intrării în vigoare a poliței sau sub tratament cronic de hemodializă sau Asigurat înregistrat pe orice listă de așteptare pentru un transplant de organ;
- d) orice stadiu de afecțiune renală care necesită dializă temporară;
- e) afecțiunea Asiguratului diagnosticat cu SIDA sau purtător de HIV.

5.5 Scleroza multiplă: boală caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau maduva spinării și manifestată prin paralizie parțială sau totală, parestezii și/sau nevrită optică sau alte manifestări tipice ale bolii. Este caracterizată prin episoade de remisie și exacerbare. Diagnosticul este stabilit pe baza istoricului medical, pe analiza lichidului cefalorahidian și pe prezența a mai mult de un simptom neurologic bine definit, cu deteriorări

Funcționale nervoase manifestate pe o durată mai mare de 6 luni și care trebuie confirmată cu tehnici de investigație modernă ca tomografie, rezonanță magnetică nucleară. Manifestările neurologice constau în simptome tipice de demielinizare a creierului, nervului optic și/sau măduvei spinării.

Pentru acordarea indemnizației corespunzătoare trebuie îndeplinite următoarele 2 criterii:

- evidența unor multiple afectări tisulare cicatrizate în diferite arii ale sistemului nervos central;
- cel puțin 2 episoade diferite de acutizări sau atacuri separate între ele de perioade minime de 24 ore.

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

Pentru scleroza multiplă nu se plătește indemnizația de asigurare dacă afecțiunea este diagnosticată în primele 6 luni de la includerea Asiguratului în asigurare (pentru fiecare asigurat se aplică o perioadă de așteptare de 6 luni de la data includerii în asigurare).

5.6 Intervenție chirurgicală de tip by-pass aorto-coronarian: reprezintă intervenția chirurgicală recomandată de un medic de specialitate pentru a corecta stenoza sau ocluzia arterei coronare prin introducerea unei grefe de tip by-pass în scopul limitării simptomelor de tip anginos.

5.7 Coronaroplastia sau angioplastia periferică, cu sau fără stent: dilatarea obstrucțiilor/stenozelor coronariene prin cateter cu balonaș, sub control radiologic, cu sau fără montare de stent.

Acoperirea este valabilă doar în cazul efectuării acestor proceduri în scop terapeutic pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței. În acest caz, suma maximă acoperită este de 1.000 Euro (pentru cazurile în care suma asigurată pentru boli grave depășește această valoare).

Nu este acoperită angiografia/coronarografia percutană efectuată în scop diagnostic.

5.8 Implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil: amplasarea unui stimulator cardiac în pereții ventriculari sau atriali, prin abord transvenos sau transtoracic, respectiv montarea unui dispozitiv electronic implantabil (defibrilator), în scopul corectării tulburărilor de ritm.

Sunt acoperite doar pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței.

Sunt excluse orice alte tehnici care nu necesită intervenție chirurgicală pe torace deschis, precum și chirurgia valvulară, chirurgia pentru tumori intracardiace, chirurgia pentru boli congenitale sau orice altă chirurgie nespecifică considerată ca by-pass aortocoronarian sau mamarocoronarian sau ambele.

5.9 Transplant de organe: Intervenția chirurgicală care constă în poziționarea și fixarea chirurgicală a următoarelor organe la nivelul organismului persoanei asigurate, ca primitor: inima, plămâni, rinichi, pancreas (cu excepția transplantării de insule Langerhans), ficat sau măduvă osoasă. Transplantul de organ trebuie să fie ultima resursă de tratament și trebuie efectuată ca urmare a unei necesități medicale, în concordanță cu definiția inclusă în condițiile generale ale poliței de bază la care prezenta este atașată.

Sunt acoperite doar în cazul intervențiilor pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței.

Următoarele excluderi specifice sunt aplicate în cazul transplantului de organ:

- a) Transplant de organe de proveniență animală;
- b) Transplant ca donator;
- c) Organe modificate genetic;
- d) În situația unei afecțiuni congenitale;
- e) Datorat HIV sau SIDA;
- f) Transplantul de maduvă secundar aplaziei datorată cancerului;
- g) Experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă;
- h) Orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante.

Orice cheltuieli viitoare legate de transplantul de organ (de exemplu, tratament anti- respingere) nu sunt acoperite.

5.10 Intervenție chirurgicală pe cord deschis: Intervenție chirurgicală necesitând incizia cordului pentru ameliorarea sau vindecarea bolilor cardiace severe (boli cardiace congenitale, boli valvulare). De asemenea, este acoperită grefa de aortă, fiind definită ca o intervenție chirurgicală efectuată când un segment afectat al aortei necesită excizia și înlocuirea cu o grefă. Prin aortă, în sensul prezentei definiții, se înțelege doar aorta toracică și abdominală nu și ramificațiile acestora.

Următoarele excluderi specifice se aplică în cazul intervențiilor chirurgicale pe cord deschis:

- a) toate intervențiile chirurgicale care folosesc cateter sau intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis: angioplastie, angioplastia percutană transluminală coronariană, stent coronarian;
- b) intervențiile chirurgicale care folosesc cateter, de exemplu valvuloplastie percutană cu balonaș;
- c) intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis sau laparotomiei;
- d) afecțiunile de natură traumatică.

Orice afecțiune care nu respectă definițiile de mai sus nu este considerată boală gravă.

6. LIMITA TERITORIALĂ

Acoperirea oferită de prezenta clauză este valabilă în întreaga lume.

7. SUMA ASIGURATĂ

Suma asigurată pentru afecțiuni grave este stabilită de comun acord între Contractant și Asigurător și se plătește o singură dată pe parcursul perioadei de asigurare.

8. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR

8.1 În cazul în care, pe perioada de valabilitate a prezentei clauze, Asiguratul este diagnosticat cu una dintre afecțiunile precizate în cuprinsul prezentei clauze, decedează ca urmare a uneia dintre aceste afecțiuni, sau suferă o intervenție dintre cele precizate în prezenta clauză, Asigurătorul are obligația de a plăti indemnizația pentru boli grave, numai dacă aceste situații s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

8.2 În vederea acceptării plății pentru cazurile de afecțiuni grave, Beneficiarul indemnizației de asigurare va prezenta, pe lângă documentele precizate în condițiile generale, și următoarele documente:

- copie după biletul de externare al Asiguratului, eliberat la ieșirea din spital pentru episodul ce face obiectul indemnizației;
- analizele medicale ce confirmă diagnosticul, în original sau copie, după caz, precum și toate documentele medicale specifice pentru fiecare afecțiune/intervenție solicitate de către Asigurător;
- copie după actul de identitate al Asiguratului;
- rezultatul examenului histo-patologic (dacă este cazul);
- alte documente suplimentare la solicitarea Asigurătorului.

8.3 În cazul afecțiunilor specificate la pct. 5 de mai sus, Beneficiarul are obligația de a prezenta Asigurătorului toate documentele de daună în termen de cel mult 3 luni de la data diagnosticării afecțiunii grave acoperite prin prezenta clauză.

În cazurile de Intervenții Chirurgicale specificate la pct. 5, Beneficiarul trebuie să pună la dispoziția Asigurătorului documentele specificate în termen de 3 luni de la externare.

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

8.5 Asiguratul este obligat să solicite și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru a-și grăbi restabilirea.

8.6 În cazul în care Asiguratul este diagnosticat cu o afecțiune gravă, sau suferă o intervenție chirurgicală dintre cele specificate în cuprinsul prezentei clauze, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare exclusiv Asiguratului. În cazul decesului Asiguratului ca urmare a unei boli grave, indemnizația Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare beneficiarilor prevăzuți în polița sau, în lipsa acestora, moștenitorilor Asiguratului conform prevederilor legale în vigoare.

8.7 Acoperirea în baza prezentei clauze încetează:

- a) în cazurile specificate în condițiile generale ale poliței de asigurare de bază la care prezenta clauză este atașată;
 - b) dacă pentru acest Asigurat s-a plătit odată indemnizația pentru această clauză în baza prezentei polițe de asigurare;
9. DISPOZIȚII FINALE
- 9.1 Asigurătorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical. Prezenta clauză nu dă dreptul Asiguratului la indemnizare în cazul unui prejudiciu produs ca urmare a erorilor medicale sau neglijenței.
- 9.2 Prevederile prezentelor condiții specifice se completează cu prevederile condițiilor generale Clasic Grup.

Recuperarea din orice cauză

1. Dacă Asiguratul începe un tratament de recuperare, la recomandarea expresă a unui medic de specialitate, ca urmare a unui Accident/îmbolnăvire suferite în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asigurătorul va plăti, începând cu prima zi, o indemnizație pentru fiecare zi de recuperare.
2. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor Art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea „Clasic Grup”.
3. Este considerată perioadă de recuperare, perioada continuă de zile în care Asiguratul este supus unui tratament de recuperare sub îndrumarea unui medic de specialitate.
4. Numărul maxim de zile de tratament de recuperare plătite este de 60 zile într-un an de asigurare și 30 de zile pentru un eveniment, în limita sumei asigurate menționate în Polița de asigurare;
5. Sunt excluse din această acoperire cazurile de recuperare provocate ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - d) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) tuberculozei pulmonare, precum și consecințele/ complicațiile acesteia;
 - f) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - g) unei Afecțiuni preexistente, Boli cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - h) ca urmare a unei afecțiuni neoplazice diagnosticate în primele 6 luni de la data la care a fost inclus în asigurare asiguratul respectiv;
 - i) tuturor îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic sau excesiv de alcool (de ex: - enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă - pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc);
 - j) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - k) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
6. Pentru această clauză se acordă numai indemnizații de asigurare către asigurat, nu se acoperă în nici un caz eventualele facturi emise de către unitățile sau secțiile de recuperare pentru acoperirea costului tratamentului.
7. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.

Recuperarea din Accident

1. Dacă Asiguratul începe un tratament de recuperare, la recomandarea expresă a unui medic de specialitate, ca urmare a unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asigurătorul va plăti, începând cu prima zi, o indemnizație pentru fiecare zi de recuperare.
2. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor Art. 8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea „Clasic Grup”.
3. Este considerată perioadă de recuperare, perioada continuă de zile în care Asiguratul este supus unui tratament de recuperare sub îndrumarea unui medic de specialitate.
4. Numărul maxim de zile de tratament de recuperare plătite este de 60 zile într-un an de asigurare și 30 de zile pentru un eveniment, în limita sumei asigurate menționate în Polița de asigurare;
5. Sunt excluse din această acoperire cazurile de recuperare necesare ca urmare a unui accident datorat:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;

- b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului sau automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - d) infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - f) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - g) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice;
 - h) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare.
- De asemenea nu este acoperită perioada de recuperare necesară ca urmare a unui accident anterior includerii în asigurare.
6. Pentru această clauză se acordă numai indemnizații de asigurare către asigurat, nu se acoperă în nici un caz eventualele facturi emise de către unitățile sau secțiile de recuperare pentru acoperirea costului tratamentului.

Asigurarea pentru tratament dentar

1. Aceasta acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a unei afecțiuni de natură stomatologică Accident sau Îmbolnăvire) apărută prima oară în perioada de valabilitate a poliței, Asiguratul este obligat să suporte o serie de cheltuieli medicale stomatologice la recomandarea unui medic de specialitate.
2. Cheltuielile stomatologice sunt prevăzute în polița de asigurare. În cazul în care nu se prevede altfel în poliță, tratamentele dentare acoperite sunt următoarele:
 - Urgențe stomatologice, respectiv:
 - Urgențe iatrogenice: hemoragie post-extracțională (sutura) sau alveolita post-extracțională (tratament);
 - Urgențe odontale: pulpite, parodontite;
 - Tratamentul supurațiilor periosoase (abces vestibular/palatal, paradontal);
 - Urgențe chirurgicale (abcese, rezecții apicale, extracții);
 - Examinări;
 - Radiografii dentare;
 - Obturații de canal.
3. Cheltuielile medicale stomatologice vor fi decontate către asigurat. Cheltuielile medicale efectuate de medicul stomatolog vor fi acoperite de către Asigurător, pe baza documentelor justificative de decontare emise în original. Din documentele justificative de decontare trebuie să reiasă exact ce cheltuieli medicale stomatologice au fost efectuate, la ce proceduri medicale stomatologice a fost supus asiguratul și prețul aferent fiecărei proceduri în parte.
4. Cheltuielile medicale stomatologice de urgență vor fi acoperite în limita maximă per an de asigurare/per persoană precizată în poliță pentru această acoperire. Cheltuielile medicale stomatologice vor fi acoperite în ordinea efectuării lor, până la atingerea limitei precizate în poliță.
5. Contravaloarea cheltuielilor medicale stomatologice este acoperită numai în condițiile respectării art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru asigurarea "Clasic GRUP".
6. Sunt excluse din această acoperire cazurile de cheltuieli stomatologice apărute ca urmare a:
 - a) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - b) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - d) unui handicap sau unui accident anterior includerii în asigurare a asiguratului respectiv;
 - e) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - f) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
7. Sunt valabile, de asemenea, toate excluderile menționate la clauza de spitalizare, în măsura în care sunt aplicabile prezentei clauze și nu contravin excluderilor precizate la această clauză.
8. Nu sunt acoperite, de asemenea, următoarele:
 - a) toate cheltuielile stomatologice pentru care nu exista documente justificative de decontare emise de către prestatorul de servicii;
 - b) toate cheltuielile medicale nerecomandate de un medic;
 - c) toate cheltuielile medicale stomatologice care nu se referă la un Accident sau o Îmbolnăvire petrecute în perioada asigurată;
 - d) Protetica și Ceramica dentară;
 - e) Implant dentar;
 - f) Cosmetica dentară.

Indemnizația pentru naștere

1. În cazul în care, o Asigurată naște în perioada de valabilitate a poliței de asigurare, Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare aferentă acestei clauze menționată în polița de asigurare.
2. Această acoperire nu este operantă dacă nașterea are loc în primele 9 luni de la includerea în asigurare a asiguratei respective.
3. Pentru acordarea indemnizației, pe lângă documentele necesare dosarului de daună prevăzute în Condițiile Generale de Asigurare, va fi necesar și certificatul de naștere al copilului.
4. Se acordă o singură indemnizație pentru o naștere indiferent de numărul de copii născuți.

Indemnizația zilnică pentru imobilizare într-o îmbrăcăminte de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă

1. Dacă Accidentul - petrecut în perioada asigurată - are drept urmare imobilizarea Asiguratului într-o îmbrăcăminte de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă, Asigurătorul plătește Indemnizația de asigurare stabilită în Polița de asigurare pentru fiecare zi de imobilizare, pentru o perioadă maximă de 40 de zile, dar într-un interval de 180 zile de la data Accidentului.
2. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.8 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea "CLASIC GRUP".
3. Sunt excluse din această acoperire cazurile provocate ca urmare a:
 - a) oricărei tentative de sinucidere, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
 - b) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
 - c) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
 - d) unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior includerii în asigurare;
 - e) bolilor cronice care nu au fost diagnosticate în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
 - f) bolilor mentale, tulburările psihice sau de natură nervoasă.
 - g) zborului Asiguratului, ca pasager în cadrul unor societăți aviatice neînregistrate legal pentru ransportul de pasageri plătitori;
 - h) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - l) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.

Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale

5.01	Incizii sau extirpări executate la nivelul cutiei craniene, creierului și meningelor	
5.011	Craniotomia	100
5.012	Incizia creierului și a meningelui	90
5.013	Intervenții pe talamus și globus pallidus	100
5.014	Excizia unei leziuni a creierului	100
5.015	Excizia unei leziuni a craniului	60
5.02	Alte operații ale craniului, creierului și meningelor	
5.020	Cranioplastia	90
5.021	Refacerea meningelor cerebrale	100
5.022	Ventriculostomia	80
5.023	Șuntul ventricular extracranian	90
5.029	Îndepărtarea unor aderente intracraniene / Evacuare hematom subdural	60
5.03	Intervenții pe măduva spinării și structurile canalului rahidian	
5.030	Explorarea canalului rahidian	70
5.031	Secționarea rădăcinii nervoase intraspinale	75
5.033	Ablatia sau distrugerea măduvei spinării și meningelor	100
5.034	Intervenții plastice pe măduva spinării și meninge	80
5.035	Secționarea aderentelor la nivelul măduvei spinării sau ale rădăcinilor nervilor	50
5.036	Drenajul spinal	45
5.04	Intervenții pe nervii cranieni și periferici	
5.040	Ablatia nervului	45
5.042	Sutura nervului	35
5.043	Îndepărtarea aderentelor și decompresia nervului	25
5.044	Grefa de nervi	75

5.045	Transpoziție de nerv	35
5.05	Intervenții pe nervii simpatici sau ganglioni	
5.050	Secționarea unui nerv simpatic sau ganglion	30
5.051	Simpatectomia	50
2. Intervenții pe Sistemul Endocrin		
5.06	Intervenții pe glanda tiroidă și paratiroidă	
5.060	Incizia regiunii tiroidiene	25
5.061	Lobectomia tiroidiană unilaterală	40
5.062	Excizia unor leziuni ale tiroidei	30
5.063	Tiroidectomia completă	50
5.065	Excizia tiroidei linguale	40
5.066	Excizia tractului tireoglos	35
5.067	Paratiroidectomia parțială	50
5.068	Paratiroidectomia completă	60
5.07	Intervenții pe alte glande endocrine	
5.070	Explorarea glandelor suprarenale	30
5.071	Suprarenalectomia parțială / unilaterală	75
5.072	Suprarenalectomia bilaterală	100
5.074	Intervenții pe glanda hipofiză	65
5.075	Hipofizectomia	75
5.077	Timectomia	40
3. Intervenții pe Ochi		
5.08	Intervenții pe aparatul lacrimal	
5.080	Incizia glandei lacrimale / Extractia unui corp strain	5
5.081	Extirparea glandei lacrimale sau a unei leziuni a acesteia	25
5.083	Extirparea unei leziuni a căilor lacrimale	10
5.084	Incizia sacului lacrimal	5
5.085	Extirparea sacului lacrimal (dacriocistectomia)	20
5.086	Refacerea canaliculelor și a punctelor lacrimale	20
5.087	Dacriocistorinostomia / Anastomoza nazo-lacrimala	30
5.088	Conjunctivorinostomia	30
5.09	Intervenții pe pleoape	
5.090	Incizia pleoapei	5
5.091	Excizia sau distrugerea pleoapei	10
5.092	Operații pe cantus și tarsus	6
5.094	Corectarea blefaroptozei	8
5.095	Blefarorafia	7
5.10	Intervenții pe mușchii oculari	
5.100	Miotomia și tenotomia mușchilor oculari	20
5.101	Excizia mușchiului ocular sau tendonului	20
5.103	Transplantarea unui muschi ocular	25
5.105	Secționarea aderențelor unui mușchi ocular	7
5.11	Operații pe conjunctivă	
5.110	Îndepărtarea de corpi străini de pe conjunctivă prin incizie	5
5.112	Excizia unei leziuni a conjunctivei	10
5.113	Conjunctivoplastia	30
5.114	Eliberarea din aderențe a conjunctivei și pleoapei	15
5.115	Sutura conjunctivei	25
5.12	Intervenții pe cornee	
5.120	Îndepărtarea cu magnetul a unui corp străin cornean	5
5.121	Incizia corneei	20
5.122	Extirparea pterigionului	15
5.123	Excizia sau distrugerea unei leziuni corneene	20
5.124	Sutura corneei	25
5.125	Transplant de cornee	40
5.13	Operații pe iris, corpul ciliar și camera anterioară	
5.130	Îndepărtarea corpurilor străini localizați la nivelul polului anterior prin incizie	10
5.131	Îndepărtarea cu magnetul a unui corp străin din polul anterior al ochiului	5
5.132	Scăderea tensiunii intraoculare	10
5.133	Facilitarea circulației intraoculare	15
5.134	Distrugerea de leziuni ale irisului, corpului ciliar sau sclerei	20
5.136	Iridoplastia	75
5.137	Scleroplastia	75
5.14	Intervenții pe cristalin	
5.140	Îndepărtarea cu magnetul a corpurilor străini din cristalin	10
5.141	Îndepărtarea corpurilor străini din cristalin prin incizie	20

5.142	Extractia liniară a cristalinului	50
5.143	Discizia capsulei și capsulotomia	50
5.144	Extractia intracapsulară a cristalinului	50
5.145	Extragerea extracapsulară a cristalinului	40
5.147	Insertia de lentile protetice	35
5.148	Îndepărtarea unei lentile implantate	25
5.15	Operații pe retină, coroidă și vitros	
5.150	Îndepărtarea prin incizie a corpiilor străini localizați la polul posterior	20
5.151	Îndepărtarea cu magnetul a corpiilor străini localizați în polul posterior	15
5.152	Ideritația sclerală cu implant	25
5.154	Operații pentru refacerea retinei	35
5.155	Distrugerea unei leziuni a retinei sau coroidei	25
5.157	Operații pe vitros	30
5.16	Intervenții pe orbită și globul ocular	
5.160	Orbitotomia	50
5.161	Îndepărtarea de corpi străini din ochi sau orbită neclasificată în altă parte	15
5.162	Eviscerarea globului ocular	90
5.163	Enucleația globului ocular	100
5.164	Exenterația orbitei	100
5.165	Insertia unui implant în orbită	40
5.166	Îndepărtarea implantului orbital	25
5.167	Refacerea orbitei	45

4. Intervenții pe Ureche

5.18	Intervenții pe urechea externă	
5.180	Incizii ale urechii externe	5
5.181	Excizia sau extirparea unei leziuni a urechii externe	7
5.182	Amputarea urechii externe	40
5.183	Sutura urechii externe	15
5.184	Corectarea chirurgicală a pavilionului urechii	20
5.185	Reconstituirea canalului auditiv extern	25
5.186	Reconstituirea pavilionului urechii	20
5.19	Operații de reconstituire ale urechii mijlocii	
5.190	Mobilizarea scăriței	10
5.194	Myringoplastia	35
5.199	Refacerea urechii mijlocii	20
5.20	Alte intervenții pe urechea medie și internă	
5.200	Miringotomia	25
5.201	Îndepărtarea tubului de timpanostomie	15
5.202	Incizia mastoidei și urechii medii	15
5.203	Mastoidectomia	50
5.205	Fenestrarea urechii interne	40
5.207	Incizia sau distrugerea urechii interne	45

5. Intervenții pe Nas, Cavitatea Bucală și Faringe

5.21	Intervenții pe nas	
5.211	Incizii ale nasului	10
5.212	Excizia sau distrugerea de leziuni ale nasului / Polipectomia	15
5.214	Rezecția sub mucoasă a septului nazal	25
5.215	Turbinectomia	30
5.216	Reducerea deschisă a fracturii oaselor nazale	50
5.217	Refaceri și intervenții plastice ale nasului	35
5.22	Intervenții pe sinusurile nazale	
5.221	Antrotomia intranasală	25
5.222	Antrotomia maxilară externă	20
5.223	Sinusotomie și sinusectomie frontală	35
5.224	Etmoidotomia	25
5.225	Etmoidectomia, Sfenoidectomia	45
5.226	Reconstituirea sinusurilor nazale	60
5.23	Intervenții pe dinți	
5.231	Extractia chirurgicală a unui dinte	5
5.235	Replantarea dinților	10
5.237	Rezecția apicală și terapia endodontală a canalului radicular	10
5.24	Alte intervenții pe gingie și alveolă	
5.240	Incizia marginii gingivale și a peretelui alveolar	5
5.241	Gingivoplastia	10
5.243	Extirparea tumorilor de cauza dentară	20

5.244	Alveoloplastia	15
5.245	Descoperirea chirurgicală a unui dinte neerupt	10
5.25	Operații pe limbă	
5.250	Excizia sau extirparea de leziuni ale limbii	15
5.251	Glosectomia parțială	30
5.252	Glosectomia totală	50
5.253	Glosectomie radicală	70
5.254	Refacerea limbii și glosoplastia	60
5.258	Frenotomia linguală	15
5.26	Intervenții pe canalele și glandele salivare	
5.260	Incizii ale canalelor și glandelor salivare	10
5.261	Excizia unei leziuni a glandei salivare	15
5.262	Lobectomia glandei parotide	20
5.263	Refacerea canalului de excreție al glandei salivare	20
5.27	Alte intervenții pe gură și față	
5.270	Drenajul lojelor feței și planșeului bucal	20
5.271	Incizia supurațiilor palatului	25
5.272	Rezecția de palat	50
5.274	Refacerea plastică a cavității bucale	50
5.275	Plastia de boltă	40
5.276	Intervenții pe luetă	25
5.28	Intervenții pe amigdale și adenoidae	
5.280	Drenajul oral al abcesului faringian	15
5.281	Tonsilectomia (fără adenoidectomie)	20
5.282	Tonsilectomia (cu adenoidectomie)	25
5.283	Excizia bontului amigdalian	40
5.284	Excizia amigdalei linguale	35
5.285	Adenoidectomia (fără tonsilectomie)	20
5.29	Intervenții pe faringe	
5.290	Faringotomia	15
5.291	Excizia vestigiilor sanțurilor branhiiale	25
5.292	Intervenție plastică pe faringe	30
5.293	Excizia sau distrugerea unei leziuni a faringelui	25

6. Intervenții pe Aparatul Respirator

5.30	Excizii ale laringelui	
5.300	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale laringelui	20
5.301	Hemilaringectomia	40
5.303	Laringectomia completă	50
5.304	Laringectomia radicală	55
5.31	Alte intervenții pe laringe și trahee	
5.311	Traheostomia temporară	20
5.312	Traheostomia permanentă	40
5.314	Excizia sau distrugerea locală a traheei	30
5.315	Refacerea laringelui	45
5.316	Refaceri sau intervenții plastice pe trahee	35
5.32	Rezecții pulmonare și bronhice	
5.320	Excizia sau extirparea unei leziuni bronhice	30
5.320	Rezecția bronhică	40
5.320	Excizia și extirparea unei leziuni pulmonare	45
5.320	Rezecția segmentară pulmonară	50
5.320	Lobectomia (rezecția pulmonară lobară)	60
5.320	Pneumectomia	100
5.33	Alte intervenții pe pulmoni și bronhii	
5.330	Bronhotomia	30
5.331	Pneumotomia	45
5.333	Eliberarea din aderențe a plămânului și peretelui toracic	45
5.334	Refaceri și intervenții plastice pe pulmoni și bronhii	50
5.34	Intervenții pe peretele toracic, pleură, mediastin și diafragm	
5.340	Incizii ale peretelui toracic și ale pleurei	30
5.341	Incizia mediastinului	40
5.342	Excizia sau extirparea unor leziuni mediastinale	45
5.343	Excizia sau extirparea de leziuni ale peretelui toracic	30
5.344	Pleurectomia	45
5.345	Scarificarea pleurală	35
5.346	Refacerea peretelui toracic	60
5.347	Operații pe diafragm	60

7. Intervenții pe Sistemul Cardio-vascular

5.35	Intervenții pe valve și septurile inimii	
5.350	Intervenții pe cord închis	60
5.351	Intervenții pe cord deschis	90
5.352	Înlocuirea valvelor inimii (protezarea valvulară)	100
5.353	Valvuloplastia cardiacă (fără înlocuire)	80
5.36	Intervenții pe vasele inimii	
5.360.1	Rotablații coronariene	80
5.361	Anastomoze (bypass) pentru revascularizarea cordului	80
5.362	Revascularizarea inimii prin implant arterial	90
5.365	Septostomii	90
5.37	Alte intervenții pe inimă și pericard	
5.371	Pericardiotomie	70
5.372	Pericardiectomia	80
5.373	Excizia unei leziuni a inimii	80
5.375	Transplantul cardiac	100
5.376	Asistarea mecanică a circulației	60
5.372	Implantul de pacemaker cardiac	50
5.38	Incizia, excizia și ocluzia de vase	
5.380	Incizia vaselor	5
5.380.1	Embolizări arteriale	15
5.381	Endarterectomia	20
5.382	Rezecția de vase cu reanastomoză	25
5.383	Rezecția de vase cu înlocuire / Angioplastii cu stent	30
5.384	Crosectomia, ligatura și smulgerea safenei și venelor varicoase	15
5.385	Aneurismectomia / Excizia de vene pentru grefare	20
5.386	Plicaturarea venei cave	30
5.39	Alte intervenții pe vase	
5.390	Șunt între arterele sistemice și artera pulmonară	30
5.391	Anastomoze venoase intra-abdominale	30
5.393	Sutura de vase	15
5.396	Bypass cardio-pulmonar extra corporeal (C.E.C.)	90
5.397	Simpatectomia periarterială	25
5.398	Intervenții pe carotidă și alte segmente vasculare	40
5.399	Embolizări (alcoolizări) de artere septale în cardiomiopatia hipertrofică	35

8. Intervenții pe Sistemul Hematopoetic și Limfatic

5.40	Intervenții pe sistemul limfatic	
5.400	Incizii ale structurilor limfatice	10
5.401	Excizia simplă a structurilor limfatice	20
5.402	Excizie de ganglion limfatic regional	25
5.403	Excizie radicală a ganglionilor limfatici cervicali	40
5.405	Intervenții pe canalul toracic	50
5.41	Intervenții pe splină și măduvă osoasă	
5.410	Transplant de măduvă osoasă	100
5.412	Splenotomia	30
5.413	Splenectomia totală	50
5.414	Splenectomia parțială	30

9. Intervenții pe Sistemul Digestiv

5.42	Intervenții pe esofag	
5.420	Esofagotomia	20
5.421	Esofagostomia	35
5.422	Excizia locală sau distrugerea unei leziuni a esofagului	25
5.423	Excizii ale esofagului cu anastomoza termino-terminală	35
5.424	Anastomoza esofagului (intratoracică)	40
5.425	Anastomoza antesternală a esofagului	35
5.426	Esofagomiotomia	30
5.428	Intervenții în interiorul esofagului	20
5.43	Incizia și excizia stomacului	
5.431	Gastrotomia temporară	30
5.432	Gastrotomia permanentă	50
5.433	Piloromiotomia	40
5.434	Excizia sau extirparea unei leziuni a stomacului	25
5.435	Gastrectomia parțială cu anastomoză la esofag	50
5.436	Gastrectomia parțială cu anastomoză la duoden	50
5.437	Gastrectomia parțială cu anastomoză la jejun	50
5.439	Gastrectomie totală	60

5.44	Alte intervenții pe stomac	
5.440	Vagotomia	30
5.441	Piloroplastia	35
5.442	Gastroenterostomia (fără gastrectomie)	35
5.443	Sutura ulcerului gastric sau duodenal in situ	35
5.45	Incizii, excizii și anastomoze ale intestinului	
5.450	Enterotomia	20
5.451	Îndepărtarea unui corp Drenajul străin	25
5.452	Excizii sau extirpări de leziuni ale intestinului subtire	25
5.453	Excizii sau distrugerii de leziuni ale intestinului gros	20
5.454	Izolarea unui segment intestinal	40
5.455	Excizia partiala a intestinului subtire	40
5.456	Excizia parțială a intestinului gros	60
5.457	Colectomia totală	40
5.458	Anastomoză intestin subtire la intestin subtire	40
5.459	Anastomoză intestin subtire la intestin gros	40
5.460	Anastomoza intestinului gros la intestinul gros	40
5.46	Alte intervenții pe intestin	
5.460	Exteriorizarea intestinului	30
5.461	Colostomia	40
5.462	Ileostomia	25
5.464	Refacerea stomei intestinale	25
5.465	Închiderea stomei intestinale	20
5.466	Fixarea intestinului	15
5.468	Manipularea intraabdominală a intestinului	
5.47	Intervenții pe apendice	
5.4700	Apendicectomia laparoscopica	20
5.4701	Apendicectomia clasica	25
5.471	Drenajul abcesului apendicular	15
5.48	Interventii pe rect	
5.480	Proctotomia	15
5.482	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale rectului	20
5.4851	Excizia partiala a rectului	35
5.4852	Excizia totala a rectului	40
5.486	Refacerea rectului	20
5.49	Interventii pe anus si perineu	
5.490	Incizia sau excizia de tesut perineal	15
5.491	Interventii pentru fistule anale	15
5.493	Hemoroidectomia	15
5.494	Sfincterotomia anala	10
5.50	Intervenții pe ficat	
5.500	Hepatotomia	30
5.501	Extragerea de corpi străini	40
5.502	Excizia sau extirparea locală a ficatului / Hepatectomia partiala	50
5.503	Lobectomia ficatului	100
5.505	Hepatectomia totala / Transplantul ficatului	60
5.51	Reconstituirea ficatului	
5.510	Intervenții pe vezica biliară și tractul biliar	
5.510	Colecistostomia	15
5.5111	Colecistectomia laparoscopica	20
5.5112	Colecistectomia clasica	25
5.512	Anastomozarea vezicii biliare sau a căilor biliare	25
5.513	Incizia căilor biliare, în vederea îndepărtării obstrucției prin calcul, strictură sau tumoră	25
5.515	Excizii sau extirpări locale ale căilor biliare	20
5.516	Reconstituirea căilor biliare	20
5.517	Îndepărtarea unui dispozitiv protetic din căile biliare	20
5.518	Intervenții pe sfincterul lui Oddi	30
5.52	Intervenții pe pancreas	
5.520	Pancreatotomia	50
5.521	Îndepărtarea de calculi	55
5.522	Excizia sau extirparea locală a pancreasului	55
5.523	Marsupializarea unui chist pancreatic	50
5.524	Drenajul intern al chistului pancreatic	65
5.525	Pancreatectomia parțială	85
5.526	Pancreatectomia totală	100
5.527	Pancreatoduodenectomia radicală	45
5.527	Anastomoze ale canalului pancreatic	
5.53	Cura pentru hernie	
5.530	Îndepărtarea de calculi	25
5.531	Cura herniei inghino-femorale	35
5.532	Cura herniei inghino-femorale cu grefă sau proteză	40
5.532	Cura bilaterală a herniei inghino-femorale	

5.533	Cura bilaterală a herniei inghino-femorale cu grefă sau proteză	45
5.534	Cura herniei ombilicale sau epigastrice	35
5.537	Cura herniei diafragmatice prin inserare abdominală	40
5.538	Cura herniei diafragmatice cu cale de acces toracică.....	45
5.54	Alte intervenții ale regiunii abdominale	
5.540	Incizii ale pereților abdominali	25
5.542	Excizia sau distrugerea peretelui abdominal și ombilicului	50
5.542	Excizia sau distrugerea peritoneului	55
5.542	Secționarea de aderențe peritoneale	25
5.545	Sutura peretelui abdominal și peritoneului	25

10. Intervenții pe Aparatul Urinar

5.55	Intervenții pe rinichi	
5.550	Nefrotomia și nefrostomia	40
5.551	Pielotomia și pielostomia.....	35
5.552	Excizia ori extirparea unei leziuni a rinichiului	40
5.553	Nefrectomia parțială	55
5.5541	Nefrectomia totală unilaterală	70
5.5542	Nefrectomia totală bilaterală/ Transplant renal.....	100
5.556	Nefropexia	30
5.56	Intervenții pe ureter	
5.561	Meatotomia ureterală	35
5.562	Ureterotomia	35
5.563	Ureterectomia.....	40
5.564	Ureterostomia cutanată.....	35
5.566	Derivarea urinei în intestin	40
5.568	Reconstituirea ureterului	35
5.57	Intervenții pe vezica urinară	
5.571	Cistostomia	35
5.573	Excizia transureterală a vezicii	30
5.574	Excizia sau extirparea unor leziuni ale vezicii urinare	25
5.575	Cistectomia parțială Rezecția parțială	40
5.576	Cistectomie totală.....	55
5.577	Reconstituirea vezicii urinare	35
5.58	Intervenții pe uretră	
5.580	Uretrotomia externă / Uretrostomia	30
5.581	Meatotomia uretrală	20
5.582	Excizii sau extirpări ale uretrei	30
5.583	Reconstituirea uretrei	30
5.584	Cura chirurgicală a stricturilor uretrale	15
5.59	Alte intervenții pe aparatul urinar	
5.590	Disecția țesutului retroperitoneal.....	35
5.591	Incizia țesutului perivezical.....	20
5.592	Plicaturarea joncțiunii uretrovezicale.....	35
5.593	Intervenții asupra mușchilor ridicatori.....	25
5.594	Intervenția suprapubiană în prostată.....	30
5.595	Suspensia retropubiană a uretrei	20
5.596	Suspensia și compresia periuretrală	20
5.597	Ureterovezicopexia	25

11. Intervenții pe Organele Genitale Masculine

5.60	Operații pe prostată și veziculele seminale	
5.600	Incizia prostatei	25
5.601	Prostatectomia transuretrală	35
5.602	Prostatectomie suprapubiană	40
5.603	Prostatectomie retropubiană	40
5.604	Prostatectomie radicală.....	45
5.606	Intervenții pe veziculele seminale	40
5.607	Incizia sau excizia țesutului periprostatic	25
5.611	Cura chirurgicală a hidrocelului sau a varicocelului	20
5.621	Excizia sau distrugerea de leziuni testiculare	30
5.622	Orchiectomia unilaterală.....	40
5.623	Orchiectomia bilaterală.....	50
5.624	Orhidopexia.....	25
5.625	Reconstituirea testiculelor	30
5.632	Excizia unor leziuni ale cordonului spermatic si epididimului.....	20
5.649	Cura chirurgicala a fimozei.....	10

12. Intervenții pe Organele Genitale Feminine

5.65	Intervenții pe ovar	
5.6501	Ovarotomia unilaterală	15
5.6502	Ovarotomia bilaterală	20
5.651	Excizia parțială a ovarului / Excizia unei leziuni a ovarului	25
5.652	Ovarectomia unilaterală	30
5.653	Salpingo - ovarectomia unilaterală	35
5.654	Ovarectomia bilaterală	40
5.655	Salpingo-ovarectomia bilaterală	45
5.656	Reconstituirea ovarului	20
5.657	Eliberarea din aderențe a ovarului și trompei	15
5.66	Intervenții pe trompe	
5.660	Salpingotomia	15
5.661	Salpingectomia totală unilaterală	30
5.662	Salpingectomia totală bilaterală	40
5.663	Distrugerea sau ocluzionarea endoscopică a trompelor, bilateral	20
5.664	Salpingectomia parțială / Excizia unei leziuni a trompei	20
5.666	Reconstituirea trompelor Fallope	25
5.667	Insuflarea trompelor	15
5.67	Intervenții pe colul uterin	
5.671	Conizația colului uterin	20
5.672	Excizia unor leziuni ale colului uterin	20
5.673	Amputarea colului uterin	35
5.674	Reconstituirea orificiului cervical intern	20
5.68	Alte incizii și excizii ale uterului	
5.680	Histerotomia	20
5.681	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale uterului	30
5.682	Histerectomia subtotală abdominală	40
5.683	Histerectomia totală abdominală	45
5.684	Histerectomia vaginală	40
5.685	Histerectomia abdominală radicală	50
5.686	Histerectomia vaginală radicală	45
5.687	Eviscerația pelviană (pelvectomia)	55
5.690	Dilatația și chiuretajul uterin	15
5.740	Operația cezariană	25
5.70	Intervenții pe vagin, vulva și perineu	
5.700	Culdcenteza / Drenajul abcesului pelvian	20
5.701	Vagino-perineotomia	15
5.702	Excizia unei leziuni a vaginului	15
5.704	Cura cistocelului și rectocelului	25
5.706	Excizia și închiderea unei fistule perineale	15
5.711	Operații pe glandele Bartholin	15
5.716	Perineorafie	15

13. Intervenții pe Aparatul Osteo-muscular

5.76	Reducerea de fracturi ale masivului facial	
5.760	Reducerea închisă a fracturilor zigomatice	25
5.761	Reducerea deschisă a fracturilor zigomatice	35
5.762	Reducerea închisă a fracturilor de maxilar și mandibulă	35
5.763	Reducerea deschisă a fracturilor de maxilar și mandibulă	45
5.764	Reducerea deschisă a fracturii alveolare	25
5.765	Reducerea deschisă a fracturii de orbită cu greșa sau implant	40
5.77	Alte intervenții pe oasele și articulațiile masivului facial	
5.770	Incizia oaselor faciale	20
5.771	Excizia sau extirparea de leziuni ale oaselor feței	25
5.772	Ostectomia parțială a oaselor masivului facial, cu excepția mandibulei	35
5.773	Extirparea și reconstituirea mandibulei	40
5.774	Atroplastia temporo-mandibulară	40
5.78	Intervenții pe alte oase	
5.780	Trepanația	70
5.781	Osteotomia	30
5.782	Rezecția pentru hallux valgus	25
5.783	Excizia leziunilor osoase	35
5.784	Rezecția segmentară	30
5.785	Rezecția osoasă totală	35
5.786	Grefă osoasă	90
5.787	Fixarea internă a osului (fără reducerea fracturii)	30
5.788	Ablația dispozitivelor de fixare internă a materialelor de osteosinteză	20

5.79	Reducerea fracturilor și luxațiilor	Oase mari	Degete
5.790	Reducerea închisă a fracturii cu osteosinteză	30	20
5.791	Reducerea deschisă a fracturii (fără fixare internă)	35	25
5.792	Reducerea deschisă a fracturii cu fixare internă, placă, broșe, fixator extern	40	25
5.793	Reducerea închisă a decolării epifizare	25	15
5.794	Reducerea deschisă a decolării epifizare	30	20
5.795	Toaleta focarului de fractură deschisă	15	15
5.796	Reducerea deschisă a unei luxații	20	15

Oase mici = carpene, metacarpene, tarsiene, metatarsiene, falangele degetelor

Oase mari = toate celelalte oase (inafara de cele mentionate mai sus)

5.80	Incizii și excizii ale structurilor articulare		
5.800	Artrotomia / Artroscopia		20
5.801	Secționarea capsulei articulare, ligamentelor sau cartilajelor		25
5.802	Excizia sau ablația leziunilor articulare		20
5.803	Excizia discului intervertebral		40
5.804	Excizia cartilagiului semilunar al genunchiului		35
5.804.1	Excizia partiala a meniscului		30
5.805	Sinovectomia articulară		30
5.81	Refaceri și intervenții plastice pe structurile articulare		
5.810	Sinostoza vertebrală		80
5.811	Artrodeza piciorului și a gleznei		40
5.812	Artrodeza altor articulații		30
5.813	Artroplastia piciorului și degetelor		25
5.814	Artroplastia genunchiului		40
5.815	Proteză totală a șoldului		60
5.817	Artroplastii ale mâinii și degetelor		30
5.818	Artroplastia umărului		40
5.82	Intervenții pe mușchii, tendoanele și fascia mâinii		
5.820	Incizii ale mușchilor, tendoanelor și burselor mâinii		10
5.821	Secționarea mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii		20
5.822	Excizia de leziuni ale mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii		15
5.824	Sutura mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii		25
5.823	Corecția contracturii Dupuytren		20
5.825	Transplantarea mușchilor și tendoanelor mâinii		30
5.826	Reconstituirea policelui		20
5.827	Intervenție plastică la mână cu grefă sau implant		30
5.83	Intervenții pe alți mușchi, tendoane, fascii și burse		
5.830	Incizia mușchiului, tendonului, fasciei și bursei		15
5.831	Secționarea mușchiului, tendonului și fasciei		20
5.832	Excizia leziunilor mușchiului, tendonului, fasciei și bursei		15
5.834	Excizia bursei		10
5.835	Sutura mușchiului, tendonului și fasciei		25
5.836	Reconstituirea mușchiului și tendonului		30
5.84	Amputația și dezarticulația membrelor		
5.840	Amputația și dezarticulația unui deget al mâinii (altul decât policele)		8
5.841	Amputația și dezarticulația policelui		15
5.842	Amputația antebrațului și mâinii		25
5.843	Dezarticulația cotului și amputația brațului		50
5.844	Dezarticulația umărului și amputația scapulotoracică		55
5.845	Amputația și dezarticulația unui deget al piciorului		7
5.846	Amputația și dezarticulația piciorului (Dezarticularea mediotarsiana)		25
5.847	Amputația membrului inferior și gleznei (supramaleolara)		50
5.848	Amputația coapsei și dezarticulația genunchiului (supracondiliana)		65
5.849	Amputația abdominopelvică ileoabdominală și dezarticulația șoldului		80
5.85	Alte intervenții pe aparatul osteo-muscular		
5.851	Reimplantarea degetelor și policelui		50
5.853	Reimplantarea piciorului și degetelor		100
5.855	Implantarea unui dispozitiv protetic al unui membru		40

14. Intervenții pe Sân

5.86	Excizia sânului		
5.860	Excizia locală de leziuni ale sânului		20
5.8611	Mastectomia completă unilaterală		35
5.8612	Mastectomia completă bilaterală		50
5.8612	Mastectomia simplă extinsă		40
5.8613	Mastectomia radicală		55
5.8614	Mastectomia radicală extinsă		60
5.8615	Mastectomia subcutanată cu implantarea de proteză		40

5.87	Alte intervenții pe sân	
5.871	Mastotomia	25
5.871	Intervenții pe mamelonul sânelui	20
15. Intervenții pe Piele și Țesutul Subcutanat		
5.88	Incizii și excizii ale pielii țesutului subcutanat	
5.881	Incizia sinusului pilonidal	25
5.882	Excizia simplă de nevi, papiloame	15
5.883	Toaleta chirurgicală a plăgii sau a țesutului infectat	15
5.884	Excizia locală sau distrugerea de piele și țesut subcutanat	20
5.885	Excizia radicală a unei leziuni cutanate	20
5.887	Excizia sinusului pilonidal	25
5.888	Excizia de piele pentru grefă	20
5.89	Refacerea și reconstituirea pielii și țesutului subcutanat	
5.890	Sutura pielii și țesutului subcutanat	15
5.891	Întinderea de țesut cicatricial sau a retracției cutanate	15
5.892	Grefa liberă cutanată a mâinii	25
5.894	Tăierea și prepararea de lambou sau grefă pediculară	20
5.895	Prinderea pe mână a unei grefe cu lambou	30
5.898	Intervenții plastice pe buză și gura externă	15
5.902	Transplantul părului	15

Această listă de intervenții chirurgicale este întocmită în conformitate cu Clasificarea Internațională a Intervențiilor Chirurgicale elaborată de OMS și este o listă standard, indemnizația de asigurare acordându-se în conformitate cu acoperirile prevăzute în polița de asigurare și cu respectarea condițiilor de asigurare aferente poliței respective.

Tabelul de Procente pentru Invaliditate Permanentă

Invaliditate Permanentă Totală

Pierderea ambelor maini, antebrățe sau brațe	100
Pierderea ambelor membre inferioare la nivelul șoldului, genunchiului sau gleznei	100
Pierderea totală a unui membru superior la nivelul cotului și a unui membru inferior la nivelul soldului, genunchiului sau gleznei	100
Paralizia totală și incurabilă	100
Pierderea bilaterală totală și irecuperabilă a vederii	100
Pierderea totală și irecuperabilă a abilității de a vorbi	100
Pierderea bilaterală totală și irecuperabilă a auzului de natură traumatică	100

Invaliditate Permanentă Parțială Extremitatea Cefalică

Pierderea unilaterală totală și irecuperabilă a auzului	30
Cecitate sau enucleere unilaterală	50
Pierderea maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50

Pierderea de substanță osoasă a cutiei craniene:

- pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10
- pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20
- pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50

Invaliditate Permanentă Parțială Membre Superioare

Pierderea anatomică a membrului superior de la nivelul umărului	Dreapta	Stanga
Pierderea funcțională a membrului superior de la nivelul umărului	70	60
Pierderea anatomică a antebrățului sau mâinii	65	55
Pierderea funcțională a antebrățului sau mâinii	60	50
Pierderea anatomică totală a policelui	55	45
Pierderea funcțională totală a policelui	20	15
Pierderea anatomică totală a policelui și indexului	15	10
Pierderea anatomică a policelui și a altui deget	30	25

Pierderea anatomică sau funcțională totală

- a două degete altele decât police și index	25	20
- a trei degete altele decât police și index	10	8
- a patru degete inclusiv police	15	10
- a degetului mijlociu	7	5
- a inelarului sau degetului mic	5	3

Invaliditate Permanentă Parțială Membre Inferioare

Pierderea anatomică a membrului inferior de la nivelul:	
- coapsei	60

- gambei	50
- piciorului	
• articulația tibio - tarsiană	45
• articulația tarso - metatarsiană	35
Pierderea funcțională a membrului inferior de la nivelul:	
- coapsei	55
- gambei	45
- piciorului	30
Pierderea anatomică	
- a tuturor degetelor	25
- a patru degete inclusiv haluce	15
- a patru degete, exclusiv haluce	8
- a trei degete altele decât halucele	6
- a două degete altele decât degetul mare	4
- a unui deget altul decât halucele	2
- a halucelui	5
Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm	35
Scurtarea membrului inferior cu 3 până la 5 cm	25
Scurtarea membrului inferior cu 1 până la 3 cm	15
Consecințe Estetice cu Caracter Definitiv (arsuri, degerături, cicatrici)	
Întreaga suprafață a capului	25
Întreaga suprafață a unui membru superior	15
Întreaga suprafață a unui membru inferior sau a gâtului	15
Întreaga suprafață a toracelui (anterior sau posterior)	15
Invaliditatea Permanentă Parțială Organe și sisteme	
Pierderea unui plămân	50
Pierderea unui rinichi	30
Pierderea splinei	10
Pierderea a unei părți de intestin gros ce necesită ileostoma	50