



CONDIȚII
GENERALE
DE ASIGURARE

ASIGURAREA
DE VIAȚĂ
DE GRUP

groupama.ro



Groupama

ASIGURAREA DE VIAȚĂ DE GRUP

CUPRINS

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE - ASIGURAREA DE VIAȚĂ DE GRUP	2
1. Riscuri asigurate	2
2. Încheierea Contractului de asigurare	2
3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare	3
4. Prima de asigurare	3
5. Întârzierea plății primei și repunerea în vigoare a Contractului de asigurare	3
6. Reînnoirea Contractului de asigurare	4
7. Modificarea Contractului de asigurare	4
8. Indemnizația de asigurare	5
9. Excluderi	6
10. Responsabilitățile Contractantului și ale Asiguratului/ Beneficiarului	7
11. Corespondența oficială	8
12. Cheltuieli, dobânzi și taxe	8
13. Teritorialitate	8
14. Prevederi finale	8
15. Definirea termenilor	11
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE DECES CA URMARE A UNUI ACCIDENT	14
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT	16
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ DIN ORICE CAUZĂ	20
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	25
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE DIN ORICE CAUZĂ	28
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	31
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ	34
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT	37
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ DIN ORICE CAUZĂ	40
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	43
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ	48
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU FRACTURI PRODUSE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	55
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU ARSURI PRODUSE CA URMARE A UNUI ACCIDENT	58
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA PENTRU BOLI PROFESIONALE	60
CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE BOLI GRAVE	64

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE - ASIGURAREA DE VIAȚĂ DE GRUP

1. Riscuri asigurate

- 1.1 În cazul **decesului Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli**, în perioada de valabilitate a acestuia, Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**, conform Condițiilor generale de asigurare, care se completează cu Condițiile specifice ale fiecărei asigurări suplimentare, dacă este cazul.
- 1.2 Riscurile Asigurate suplimentare vor fi alese de către Contractant și menționate în Polița de asigurare și vor sta la baza calculului indemnizației de asigurare.
- 1.3 Valoarea sumei asigurate este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare Dependent.

2. Încheierea Contractului de asigurare

- 2.1 **Solicitarea de încheiere a unui Contract de asigurare** se face în scris, prin **completarea și semnarea Cererii de asigurare și a Tabelului nominal de către Asigurați și de către Contractant**.
- 2.2 Contractul de asigurare se poate încheia pentru:
 - a. riscuri asigurate produse **în timpul îndeplinirii obligațiilor/ sarcinilor de serviciu** (inclusiv în timpul deplasărilor în interes de serviciu, în țară și în străinătate, precum și a deplasărilor de la domiciliu la locul de muncă și invers, fără abateri de la itinerariu în alte scopuri);
 - b. riscuri asigurate produse **în timpul și în afara obligațiilor/ sarcinilor de serviciu (24 de ore pe zi)**.
- 2.3 **Contractul de asigurare este constituit din următoarele documente: Polița de asigurare, Condiții generale și eventuale Condiții specifice, Cerere de asigurare, Anexa 1 - Tabelul nominal și alte documente necesare încheierii Contractului de asigurare și evaluării riscului.**
- 2.4 **În procesul de evaluare a riscului**, dacă se determină existența unui risc din punct de vedere medical, ocupațional, financiar, rezidențial sau legat de sporturile practicate de Asigurat etc., care depășește riscul de asigurare standard, **Asigurătorul își rezervă dreptul de a:**
 - a. **accepta acoperirea** riscurilor asigurate, în schimbul unei prime de asigurare majorate;
 - b. **oferi asigurarea în alte condiții** decât cele menționate în Cererea de asigurare;
 - c. **refuza acoperirea** riscurilor asigurate, în acest caz prima de asigurare inițială va fi returnată fără a fi purtătoare de dobândă.
- 2.5 **Dacă se consideră necesar a fi efectuate examinări medicale**, acestea se vor efectua **la o unitate medicală desemnată/ agreată de Asigurător**. Decizia ca urmare a procesului de evaluare va fi transmisă în scris, prin intermediul reprezentantului de vânzări sau la adresa de corespondență a Contractantului.
- 2.6 Dacă, în perioada dintre data semnării Cererii de asigurare și data intrării în vigoare a Poliței de asigurare, se **modifică starea de sănătate, ocupația Asiguratului** sau alte informații furnizate **pentru evaluarea riscului, Asigurătorul va fi înștiințat în maximum 2 zile lucrătoare**.
- 2.7 Orice documente, emise într-o limbă străină, care stau la baza încheierii Contractului de asigurare, trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Contractant/ Asigurat/ Beneficiar.
- 2.8 Polița de asigurare, precum și prezentele Condiții generale de asigurare și Condițiile specifice ale asigurărilor suplimentare aferente, vor fi înmânate direct, prin intermediul reprezentantului de vânzări sau vor fi transmise prin poștă la adresa de corespondență a Contractantului.
- 2.9 **Criterii de eligibilitate** - un membru al grupului asigurat poate deveni Asigurat în următoarele Condiții:
 - a. **are vârsta acceptată de Asigurător** pentru intrarea în asigurare, la emiterea/reînnoirea Contractului de asigurare;
 - b. **este membru activ al grupului asigurat** (total sau parțial) la data de includere în grupul asigurat, nefiind împiedicat din motive medicale să-și îndeplinească responsabilitățile asumate în relația cu Contractantul. În cazul în care un membru al grupului asigurat a fost absent de la locul de muncă/nu și-a îndeplinit activitățile asumate în relația cu Contractantul din motive medicale, este eligibil pentru includerea în asigurare după ce a revenit la locul de muncă/locul îndeplinirii activităților asumate, dacă de la data revenirii acestuia și până la data includerii în asigurare s-au scurs cel puțin 20 de zile lucrătoare.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1 **Contractul de asigurare începe la ora 00:00 a zilei imediat următoare după data plății primei de asigurare integrale sau primei rate, dar nu mai devreme de data specificată în Polița de asigurare.**
- 3.2 În baza **acoperirii temporare**, va fi acoperit **riscul de deces al asiguratului ca urmare a unui accident**, începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare celei în care s-a efectuat plata primei de asigurare anuale sau a primei rate de primă și până la data intrării în vigoare specificată în Polița de asigurare. În cazul respingerii Cererii de asigurare de către Asigurător sau al renunțării la Cererea de asigurare de către Contractant, acest risc nu va fi acoperit.
- 3.3 **Contractul de asigurare încetează** în oricare dintre următoarele cazuri:
 - a. la ora 24:00 a datei de expirare a asigurării specificată în Polița de asigurare;
 - b. la data rezilierii Contractului de asigurare;
 - c. în cazul renunțării Contractantului în primele 20 zile de la data emiterii Poliței de către Asigurător. În acest caz Asigurătorul va returna prima de asigurare plătită de către Contractant la semnarea Poliței de asigurare, mai puțin cheltuielile controlului medical (dacă acesta a fost efectuat). Prima de asigurare nu va fi purtătoare de dobândă;
 - d. la data ieșirii din grupul asigurat – numai pentru membrul care părăsește grupul asigurat;
 - e. la data decesului Asiguratului, numai pentru Asiguratul care a decedat;
 - f. la data căsătoriei dependentului copil.

4. Prima de asigurare

- 4.1 **Prima de asigurare este calculată la nivel de grup** în funcție de indicatori precum suma asigurată și mărimea grupului, ocupația, rezidența, sporturile practicate, starea de sănătate a asiguraților (în cazul în care Asigurătorul solicită astfel de informații), fiind determinată pentru un an de asigurare, iar frecvența de plată a primei poate fi anuală, semestrială, trimestrială sau lunară.
- 4.2 **Contractantul este răspunzător de plata primelor de asigurare**, atât pentru asigurarea de bază, cât și pentru eventualele asigurări suplimentare atașate Contractului de asigurare, conform modului de plată specificat în Polița de asigurare.
- 4.3 În cazul în care Contractantul nu achită prima în întregime, Contractul de asigurare este considerat neplătit și prin urmare acoperirea prin asigurare nu încetează conform prezentelor Condiții de asigurare. Asigurătorul va returna primele de asigurare plătite de Contractant și nedatorate în baza prezentului contract, dacă este cazul, fără a fi purtătoare de dobândă.
- 4.4 **Contractantul va plăti prima** de asigurare anuală sau prima rată de primă **la data completării și semnării Cererii de asigurare**, iar următoarele rate de primă, la datele scadente, conform modului de plată specificat în Polița de asigurare și în Documentul de plată.
- 4.5 **Primele de asigurare se plătesc în lei**, iar dacă moneda Contractului este alta decât lei, primele de asigurare se plătesc în lei la cursul BNR valabil în ziua plății.
- 4.6 Contractantul **va plăti** prima de asigurare anuală sau ratele de primă **direct în bancă sau prin virament bancar**, data plății fiind cea înscrisă în documentul de plată. În documentul de plată trebuie menționat obligatoriu numărul Poliței de asigurare, cuantumul primei de asigurare și denumirea Contractantului.
- 4.7 În calitate de plătitor, Contractantul va solicita și păstra dovada plății primei de asigurare. Asigurătorul nu este responsabil de plățile efectuate de Contractant fără a avea dovada de plată.
- 4.8 În cazul în care **numărul de membri asigurați se modifică în cursul anului** contractual, prin intrarea sau ieșirea din asigurare a unor asigurați, **prima de asigurare** pentru grupul respectiv **se va ajusta la următoarea aniversare lunară** de la solicitare corespunzător numărului de asigurați care intră/ ies din grup.

5. Întârzierea plății primei și repunerea în vigoare a Contractului de asigurare

- 5.1 În decurs de **30 de zile calendaristice** de la fiecare scadență a ratei de prima datorate se acordă o perioadă de grație, perioadă în care **riscurile asigurate sunt acoperite**. Astfel, în cazul producerii unor evenimente asigurate în această perioadă de grație, Asigurătorul va acoperi eventualele daune chiar dacă rata primei de

asigurare aferentă Poliței de asigurare nu este plătită. Perioada de grație nu se acordă pentru cea dintâi rată de primă, ci doar pentru ratele ulterioare.

- 5.2 **La ieșirea din perioada de grație**, acoperirea riscurilor încetează și **Asigurătorul nu va mai acorda indemnizația** de asigurare pentru riscul produs după această perioadă, **dacă prima restantă nu este achitată**. În această situație, Polița rămâne în evidența Asigurătorului până la împlinirea unui termen de 90 de zile, calculat de la data scadenței neachitate.
- 5.3 **Pentru reluarea acoperirii riscurilor** conform Contractului de asigurare, **Contractantul are obligația de a plăti în intervalul 31 - 90 de zile de la prima scadență neplătită toate primele datorate și neachitate**.
- 5.4 În caz contrar, **începând cu a 91-a zi de la prima scadență neplătită, Contractul de asigurare nu mai poate fi repus în vigoare**, în acest caz putându-se proceda exclusiv la încheierea unui nou Contract de asigurare, cu aplicarea unor noi perioade de așteptare, iar data de aplicabilitate a condiției medicale preexistente va fi data de începere a valabilității noii Polițe de asigurare. În acest caz, Polița de asigurare se reziliază de plin drept, fără notificare sau altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței de judecată. Asigurătorul nu are nicio răspundere cu privire la riscurile asigurate produse începând cu data scadenței inițiale la care era datorată rata de primă de asigurare neplătită.

6. Reînnoirea Contractului de asigurare

- 6.1 **La expirarea anului de asigurare** în vigoare, Asigurătorul poate propune **continuarea acoperirii prin reînnoirea Contractului** de asigurare pentru un nou an de asigurare, **în aceleași condiții sau cu modificări**.
- 6.2 Reînnoirea se aplică numai pentru Contractul de asigurare încheiat pe o perioadă de 1 an. Prelungirea cu acordul părților a valabilității Contractului de asigurare de grup pentru o perioadă de 1 (un) an, ajuns la expirare, va intra în vigoare numai după emiterea de către Asigurător a Poliței care o confirmă.
- 6.3 La fiecare dată de reînnoire a Contractului, **Asigurătorul va informa Contractantul în legătură cu prima de asigurare** valabilă pentru următorul an de asigurare **cu cel mult 45 de zile înainte de data reînnoirii**.
- 6.4 **Alte modificări în afara celor medicale vor fi evaluate conform procesului de evaluare a riscului**. Fiecare reînnoire va fi posibilă dacă se vor îndeplini toate criteriile de eligibilitate, aferente fiecărei asigurări, valabile la acea dată.
- 6.5 În vederea reînnoirii Contractului de asigurare, Contractantul trebuie să achite prima de asigurare anuală sau rata întâi de primă înainte de data de expirare a Contractului care se reînnoiește.
- 6.6 **În vederea reînnoirii Contractului de asigurare, Contractantul trebuie să transmită Asigurătorului cu 30 de zile înainte de data de expirare a anului de asigurare, următoarele documente:**
 - a. Cerere de reînnoire (formular tipizat) completată în întregime, semnată și datată;
 - b. dovada achitării noii prime de asigurare comunicată de Asigurător;
 - c. alte documente solicitate de Asigurător în vederea reînnoirii.
- 6.7 **Cererea de reînnoire va fi evaluată de Asigurător**, răspunsul urmând a fi comunicat Contractantului. Contractul de asigurare va fi reînnoit cu data aniversării Poliței anuale cu condiția efectuării plății noilor prime și a acceptării de către Asigurător.
- 6.8 Noua Poliță de asigurare emisă ca urmare a reînnoirii va fi înmănată prin intermediul reprezentantului de vânzări sau va fi transmisă direct Contractantului prin poștă, la adresa de corespondență.
- 6.9 Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu accepta reînnoirea Contractului de asigurare.
- 6.10 **Perioadele de așteptare de 30 de zile se aplică de la data inițială de intrare în grupul asigurat**, nefiind aplicate la fiecare reînnoire, cu condiția continuității în asigurare.

7. Modificarea Contractului de asigurare

- 7.1 **Solicitarea de modificare** a Contractului de asigurare **se poate efectua în perioada de valabilitate** a acestuia, **prin transmiterea de către Contractant a Cererii de modificare** în formatul solicitat de Asigurător, astfel:
 - a. **Cu cel puțin 30 de zile înainte de reînnoire/expirare**, dacă modificarea constă în:
 - ajustarea primei de asigurare ca urmare a modificării sumelor Asigurate;
 - adăugarea unor asigurări suplimentare;
 - renunțarea la unele asigurări suplimentare;

- adăugarea de dependenți;
- renunțarea la dependenți;
- schimbarea frecvenței de plată a primelor;
- modificarea dimensiunii **grupului asigurat total**, respectiv a numărului de persoane Asigurate dacă se depășește **nivelul fluctuației de 10%** față de data emiterii Poliței sau de la ultima reînnoire.

În cazul modificărilor de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a relua procesul de evaluare a riscului.

În cazul în care au fost realizate ajustări de primă, diferența va fi plătită de către Contractant Asigurătorului sau de către Asigurător Contractantului, la solicitarea scrisă a Contractantului și va fi calculată ținând cont de aniversarea lunară a Poliței de asigurare.

b. În orice moment dacă modificarea constă în:

- schimbarea/ adăugarea Beneficiarului;
- schimbarea numelui Contractantului/ Asiguratului/ Beneficiarului, în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor c) judecătorești;
- cesionarea drepturilor din asigurare/ renunțarea la cesiune, numai cu acordul cesionarului (bancă/ instituție financiară);
- schimbarea adresei de corespondență a Contractantului;
- ajustarea primei de asigurare la aniversarea lunară a Poliței, ca urmare a modificărilor din structura grupului asigurat. Nu se vor accepta regularizări **cu 45 zile înainte de reînnoire**.
- Decizia Asigurătorului privind solicitarea de modificare va fi transmisă direct prin intermediul reprezentantului de vânzări sau prin poștă, la adresa de corespondență.

- 7.2 Asigurătorul are dreptul de a verifica existența interesului asigurabil înainte de a opera modificarea, iar în cazul în care acesta nu poate fi probat, își rezervă dreptul de a nu accepta modificarea.
- 7.3 Modificarea Contractului de asigurare este posibilă după depunerea Cererii de modificare (formular tipizat) și plata primei de asigurare aferentă modificărilor. Modificarea este valabilă după ce a fost acceptată de Asigurător, iar în acest sens Asigurătorul va emite documentul justificativ.

8. Indemnizația de asigurare

- 8.1 Dacă **decesul Asiguratului** survine în termenul prevăzut de Contractul de asigurare, **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare Beneficiarilor desemnați** în Contractul de asigurare, iar în lipsa desemnării acestuia, moștenitorilor Asiguratului conform legislației în vigoare.
- 8.2 Contractantul asigurării este îndreptățit să modifice numele Beneficiarilor în orice moment anterior datei decesului Asiguratului cu acordul Asiguratului. Contractantul asigurării are datoria de a aduce la cunoștință în scris Asigurătorului orice schimbare efectuată. Schimbările produse întră în vigoare la data acceptării lor de către Asigurător.
- 8.3 În cazul în care au fost desemnați mai mulți Beneficiari, repartizarea indemnizației de asigurare se va face în părți egale în situația în care nu s-a specificat altfel în Contractul de asigurare.
- 8.4 În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, **Beneficiarul/ Asiguratul/ Contractantul are obligația să avizeze evenimentul produs la sediul Asigurătorului sau prin intermediul paginii de internet a Asigurătorului**, la linkul următor: <https://www.groupama.ro/Avizare-daune-online> și să **atașeze următoarele documente** (în copie):
- a. Certificat de deces sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului;
 - b. Certificat medical constatator al decesului;
 - c. documente medicale care să cuprindă diagnosticul și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu decesul (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.);
 - d. proces verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului: declarații cu martori, Certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adeverințe/ rapoarte medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
 - e. acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: act de identitate/ pașaport;
 - f. adeverință de la angajator, din care să reiasă că Asiguratul este eligibil pentru a încasa indemnizația de asigurare, lista angajaților/colaboratorilor, din care să reiasă numărul total de angajați/colaboratori, respectiv confirmarea calității de Asigurat, membru al grupului asigurat;
 - g. alte documente solicitate de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul

corespunzător al indemnizației de asigurare.

- 8.5 Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Beneficiar/ Contractant/ Asigurat.
- 8.6 În cazul în care nu a fost stabilit un Beneficiar sau dacă Beneficiarul desemnat a decedat înaintea producerii riscului Asigurat, plata indemnizației de asigurare se face moștenitorilor, conform legislației în vigoare.
- 8.7 Dacă vor exista neclarități în ceea ce privește dreptul de a încasa indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea clarificărilor necesare.
- 8.8 Asigurătorul nu are dreptul de a elibera copii ale documentelor emise de alte instituții (medic de familie, spital IML, Poliție, Parchet etc.), cu excepția cazului în care sunt solicitate de către autoritățile abilitate (ASF, instanțe de judecată etc.).
- 8.9 Prin încheierea Contractului de asigurare, Asigurătorul este autorizat de Asigurat să acționeze în numele său și pentru sine pentru îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată determina cu exactitate împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului Asigurat.
- 8.10 De asemenea, Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarii va/ vor pune la dispoziția Asigurătorului informațiile medicale pe care le dețin/deține legat de istoricul medical al Asiguratului.
- 8.11 Asigurătorul **va plăti indemnizația** de asigurare astfel:
 - **în lei** dacă moneda plății este alta decât lei, plata se va efectua în lei, la cursul BNR din ziua plății;
 - **în maximum 30 de zile** de la data depunerii documentației complete în contul bancar al Beneficiarului, deschis la o bancă de pe teritoriul României.
- 8.12 Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizației de asigurare nu reprezintă o garanție că Asigurătorul recunoaște obligația de plată a indemnizației.
- 8.13 În cazul în care Contractantul a optat pentru una sau mai multe asigurări suplimentare, Asigurătorul va acorda indemnizațiile de asigurare aferente acestora, independent de indemnizația de asigurare acordată pentru asigurarea de bază.
- 8.14 În cazul în care indemnizația maximă a fost acordată pentru mai mulți membri ai grupului asigurat, astfel că numărul membrilor grupului este mai mic decât cel minim acceptat de Asigurător, Contractul va continua până la expirare pentru membrii rămași în grupul asigurat, iar reînnoirea Contractului se va efectua cu respectarea criteriilor de eligibilitate privind constituirea grupului asigurat.
- 8.15 Asigurătorul poate suspenda instrumentarea dosarului de daună în vederea efectuării de cercetări cu privire la dreptul Asiguratului/ Beneficiarului de a obține despăgubiri. Suspendarea instrumentării dosarului de daună se va face doar în cazul în care există motive temeinice pentru efectuarea acestor cercetări suplimentare. Asiguratul va fi înștiințat în scris de suspendare, precum și de motivele care stau la baza suspendării, în cel mai scurt timp de la luarea deciziei de suspendare. De asemenea, Asiguratului i se va comunica și durata suspendării, precum și data de la care curge termenul de suspendare, data întotdeauna anterioară datei înștiințării. Durata suspendării nu va depăși, în acest caz, 60 de zile. În cazuri excepționale justificate, se poate prelungi termenul de suspendare cu cel mult 30 de zile, cu înștiințarea prealabilă a Asiguratului, căruia i se vor comunica și motivele care au condus la necesitatea prelungirii termenului.
- 8.16 Asigurarea de bază și cele suplimentare nu au participare la profit și/ sau valoare de răscumpărare.

9. Excluderi

- 9.1 **Riscul Asigurat nu este acoperit de Contractul de asigurare dacă are loc în afara perioadei de asigurare sau este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:**
 - a. război declarat sau nu, război civil, operațiuni de război, ostilități militare, invazie, răzcoale, tulburări sociale, revoluție, rebeliune, grevă, insurecție, conspirație, acte de terorism sau sabotaj;
 - b. explozii atomice, radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară sau infestări radioactive urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
 - c. catastrofă ecologică;
 - d. epidemie/pandemie, urgență de sănătate națională sau globală;
 - e. acțiunea directă a Asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge și/sau 0,4 la mie în aer;
 - f. actul intenționat al Beneficiarului, pentru care acesta a fost condamnat definitiv. În acest caz, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare celorlalți Beneficiari desemnați sau în cazul nedesemnării acestora, moștenitorilor conform legislației în vigoare;

- g. comiterea sau încercarea de a comite, cu intenție de către Asigurat, ca autor sau complice, a unor acțiuni violente sau criminale, imprudențe sau neglijențe grave, prevăzute de legea penală în vigoare;
 - h. abuz de medicamente, droguri, alcool, introducerea intenționată a unor substanțe nocive în organism sau administrarea inadecvată a unor substanțe folosite în terapeutică;
 - i. suicidul Asiguratului în primii doi ani de la data includerii în grupul asigurat, cu condiția continuității perioadelor asigurate, prin reînnoirea Contractului asigurare.
 - j. o acțiune hazardată reprezentată de fapta Asiguratului care a condus la producerea riscului Asigurat, săvârșită cu intenție sau din culpă și/sau săvârșită din neglijență și/sau imprudență prin care a încălcat prevederi legale, recomandări, avertismente și/sau atenționări date de organele în drept inclusiv de servicii de salvare abilitate (salvamar, salvamont, etc), cum ar fi: înotul când steagul roșu este arborat, schiul în afara pârtiilor amenajate, mersul cu bicicleta pe teren accidentat în afara pistelor amenajate. Enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă;
 - k. infecția cu H.I.V/ SIDA și complicații sau îmbolnăviri survenite ca urmare a contractării acestui virus;
 - l. invaliditate gr. I sau gr. II;
 - m. transplant de organe;
 - n. boli congenitale;
 - o. existența înainte de intrarea în asigurare a următoarelor afecțiuni: boli mentale, tulburări psihice; afecțiuni neoplazice, afecțiuni neurologice (boala Parkinson, boala Alzheimer, demență vasculară, demență mixtă, scleroză multiplă, boala neuronului motor); afecțiuni cardiovasculare (infarct miocardic, accident vascular cerebral cu sechele, insuficiență cardiacă începând cu clasa II); insuficiență respiratorie cronică; insuficiență renală cronică; diabet zaharat cu complicații (retinopatie, neuropatie, nefropatie, piciorul diabetic); pancreatită cronică; insuficiență hepatică cronică.
- 9.2 **Acoperirea următoarelor activități nu a fost acceptată** prin Condiții specifice, iar la data producerii riscului asigurat, Asiguratul:
- a. este înrolat în serviciul militar;
 - b. practică sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatice sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria, mersul cu motocicletă/ ATV-ul în afara drumurilor publice (enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
 - c. zboară în calitate de pasager, pilot al unui aparat de zbor sau membru al echipajului, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane care efectuează zboruri pe rute regulate și cu orar afișat (zborurile charter organizate de societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane sunt acoperite de prezenta asigurare).

10. Responsabilitățile Contractantului și ale Asiguratului/ Beneficiarului

- 10.1 **Contractantul și/ sau Asiguratul trebuie să ofere declarații exacte și complete**, deoarece, pe baza acestora Asigurătorul va prelua acoperirea riscurilor asigurate sau va plăti despăgubirea. Prin urmare, este necesară înștiințarea în scris despre toate Condițiile importante din punct de vedere al evaluării riscului asigurat, astfel:
- a. **la completarea Cererii de asigurare** - prin declararea adevărului și a informațiilor exacte și complete;
 - b. **pe toată durata de valabilitate a Contractului** de asigurare - prin înștiințarea în scris cu privire la orice schimbare intervenită în ocupația, domiciliul (rezidența), numele, starea de sănătate a Asiguratului în termen de 7 zile de la producerea schimbării.
- În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul de a relua procesul de evaluare a riscurilor asigurate. În acest sens Asigurătorul va transmite în scris decizia prin intermediul reprezentantului de vânzări sau la adresa de corespondență a Contractantului.
- 10.2 Asiguratul are obligația de a-și exprima acordul pentru intrarea în asigurare, în scris, față de Contractantul asigurării, în forma agreeată de către Contractant;
- 10.3 **Contractantul se obligă să comunice** tuturor membrilor grupului asigurat, **prevederile Contractului de asigurare de grup și prevederile Condițiilor Contractuale generale și ale Condițiilor Contractuale specifice**, aferente fiecărei asigurări și ale oricăror alte prevederi agreeate între părți pe toată durata Contractului de asigurare de grup.
- 10.4 În cazul unui accident sau unei îmbolnăviri, Asiguratul are obligația, dacă starea sănătății îi permite, să se prezinte la o unitate sanitară sau la un medic pentru a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris, de a

solicita și de a accepta imediat să fie supus unui tratament medical calificat în vederea restabilirii stării sale de sănătate. Asiguratul va solicita medicilor săi curanți și va comunica Asigurătorului toate informațiile privind starea sa de sănătate. Dacă Asiguratul nu respectă tratamentul recomandat pentru restabilirea stării sale de sănătate, Asigurătorul va avea dreptul de a refuza acoperirea riscului Asigurat și plata indemnizației de asigurare.

- 10.5 **Contractantul are obligația de a informa Asigurătorul despre toate intrările/ieșirile în/ din asigurare ale membrilor asigurați**, în funcție de care se va recalcula sau nu prima de asigurare la scadență. În cazul în care, la data producerii evenimentului Asigurat, Contractantul nu a anunțat creșterea grupului total de asigurați cu mai mult de 10%, Asigurătorul nu va acorda indemnizația de asigurare.
- 10.6 Asigurătorul va fi înștiințat (avizat), cât mai curând posibil, despre producerea oricărui eveniment prevăzut în Contractul de asigurare, dar nu mai târziu de 30 de zile de la data producerii acestuia, iar în termen de 6 (șase) luni de la deschiderea dosarului de daună, Asiguratul/Contractantul/ Beneficiarul are obligația să pună la dispoziția Asigurătorului toate documentele necesare soluționării dosarului. În caz contrar, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului Asigurat.
- 10.7 În cazul în care Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarul nu își îndeplinesc obligațiile prevăzute în Condițiile de asigurare, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut soluționa dosarul de daună.

11. Corespondența oficială

- 11.1 Documentele ce au fost trimise Asigurătorului, în vederea încheierii Contractului de asigurare sau ulterior intrării lui în vigoare, au valoare juridică numai dacă au fost prezentate în formă scrisă și au fost înregistrate de Asigurător. Toate solicitările Contractantului/ Asiguratului sunt valabile începând cu data la care sunt înregistrate și acceptate de Asigurător. Formularele tipizate trebuie completate în totalitate și semnate de reprezentantul legal sau împuternicitul Contractantului, având aplicată ștampila firmei.
- 11.2 **Adresa de corespondență a Contractantului și Asiguratului trebuie să fie pe teritoriul României.**
- 11.3 În cazul în care Contractantul își va schimba adresa de corespondență fără a înștiința în scris Asigurătorul, toată corespondența va fi transmisă la ultima adresă comunicată de acesta.

12. Cheltuieli, dobânzi și taxe

- 12.1 Taxele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de Contractant.
- 12.2 Taxele care se referă la plata indemnizațiilor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de Beneficiarii plăților.
- 12.3 Taxele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurător în vederea încheierii/ modificării Contractului de asigurare sau a plății indemnizației de asigurare vor fi suportate de Contractant/ Beneficiar/ Asigurat.

13. Teritorialitate

Prezenta asigurare **acoperă riscurile** asigurate produse **atât în România cât și în străinătate**, pentru cetățeni cu domiciliul sau rezidența în România. **Indemnizația de asigurare se va plăti numai în România.**

14. Prevederi finale

- 14.1 Contractul de asigurare este **guvern timer de legislația română în vigoare**, privind asigurările și reasigurările, și de prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții generale de asigurare. Legea aplicabilă Contractului este legea română, iar orice litigiu privind Contractul de asigurare este de competența instanțelor judecătorești din România.
- 14.2 Există posibilitatea ca Asigurătorul să includă în Contractul de asigurare, cu acordul părților, unele **prevederi diferite față de cele menționate în prezentele Condiții de asigurare**, dacă este necesar pentru scopul și natura asigurării. Eventualele diferențe nu pot deroga de la stipulațiile obligatorii ale legislației în materie.

- 14.3 Asigurătorul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o **sanctiune, o interdicție sau o restricție** prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite, și/ sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.
- 14.4 În cazul în care datele de identificare ale Contractantului/ Asiguratului/ Beneficiarului se regăsesc în ale Asigurătorului, atunci Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia Contractul de asigurare sau de a ajusta în consecință sau de a refuza plata indemnizației de asigurare.

Forța majoră

- 14.5 Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin Contractul de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Forța majoră este **constatată de o autoritate competentă**. Îndeplinirea contractului va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia. Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica imediat și în mod complet, celeilalte părți, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor.
- 14.6 Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de șase luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea deplin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune – interese.
- 14.7 În cazul **constatării insolvenței** Asigurătorului, Contractantul sau Asiguratul se pot adresa Fondului de garantare conform Legii nr. 213/2015.

Soluționare alternativă a litigiilor

- 14.8 Orice litigiu decurgând din/ sau în legătură cu acest Contract, inclusiv referitor la încheierea, executarea ori desființarea lui, se va soluționa **pe cale amiabilă**. În măsura în care părțile nu ajung la o soluție de compromis, litigiul va fi supus instanțelor judecătorești competente din România.
- 14.9 În cazul apariției unor eventuale dispute între părțile contractului de asigurare, ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, Contractantul, în calitate de consumator, poate apela la soluționarea alternativă a litigiului în conformitate cu prevederile Regulamentului A.S.F. nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale O.G. nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți. Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, trebuie să se adreseze către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Informații detaliate cu privire la modul și Condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>. Aceste demersuri nu îngrădesc dreptul Contractantului de a formula reclamații la adresa Asigurătorului și de a se adresa instanțelor de judecată competente.
- 14.10 În cazul în care Contractantul sau Asiguratul sau Beneficiarii sunt nemulțumiți de soluționarea cererilor privind Contractul de asigurare se pot adresa Autorității de Supraveghere Financiară, autoritatea responsabilă cu supravegherea și controlul dispozițiilor legale în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare.

Soluționarea petițiilor

- 14.11 În situația în care Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarul este nemulțumit cu privire la modul de încheiere, executare sau încetare a Contractului de asigurare, poate formula o petiție, în vederea soluționării amiabile a situației.
- 14.12 Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:
- în scris, prin depunerea reclamației la sediul central sau în agențiile teritoriale ale Asiguratorului;
 - prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier ;
 - telefonic, apelând Centrul de Relații Clienți Alo Groupama la numărul 0374 110 110 ;
 - prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresele de e-mail office@groupama.ro sau relatii.clienti@groupama.ro sau sesizari.clienti@groupama.ro;
- Asigurătorul va răspunde cu privire la toate aspectele menționate în petiție, în termen de cel mult 30 zile calendaristice de la data înregistrării acesteia, printr-o adresă scrisă, comunicată pe adresa petentului.

Totodată, Contractantul are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară. Formularea unei petiții de către Contractant sau Asigurat nu îngrădește dreptul de a sesiza instanțele de judecată competente.

Prelucrarea datelor

- 14.13 Toate informațiile obținute de Asigurător din documentele care fac parte din Contractul de asigurare se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.
- 14.14 Prin prezentele Condiții de asigurare vă informăm că puteți consulta oricând cea mai recentă versiune a documentului Politica de confidențialitate pe site-ul companiei, accesând <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>.
- 14.15 Asiguratul/ Dependentul este de acord să exoneraze medicul curant, instituțiile și oficialitățile care l-au investigat sau care îl vor investiga, la cererea Asigurătorului, de răspunderea pentru păstrarea secretului profesional. Aceste date vor fi utilizate de către Asigurător în procesul de evaluare a riscului, autorizare și în procesul de stabilire a dreptului la încasarea indemnizației din asigurare.
- 14.16 Contractantul persoana juridică și Asigurătorul (părțile contractante) se obligă să păstreze confidențialitatea datelor personale ale Asiguraților, conform reglementărilor legale în vigoare, respectiv confidențialitatea informațiilor și documentelor pe care le vor deține sau la care vor avea acces ca urmare sau în legătură cu derularea prezentului contract, care pot aduce atingere imaginii și/sau intereselor uneia dintre părțile contractante sau Asiguraților, cu excepția acelor informații care trebuie dezvăluite unor terți pentru executarea sau administrarea prezentului contract sau pentru auditori, consultanți sau instituții publice abilitate care au la rândul lor obligații de păstrare a confidențialității sau a secretului de serviciu.
- 14.17 Părțile contractante vor respecta obligațiile de confidențialitate pentru operațiunile desfășurate pe perioada de valabilitate a contractului și pe durată nedeterminată după încetarea sau rezilierea din orice cauză a prezentului contract.
- 14.18 Nu constituie informație confidențială existența însăși a prezentului Contract. Oricare dintre Părțile contractante poate face cunoscut public existența parteneriatului dintre ele și numele partenerilor, în cadrul unor acțiuni proprii de informare. În cazul în care una din părți va dori folosirea siglei, logourilor sau a altor însemne comerciale ale altei părți este necesar acordul expres și prelabil al părții deținătoare a drepturilor asupra acestora. În toate situațiile, Părțile contractante se vor consulta în prelabil pentru derularea unor acțiuni de marketing și publicitate ale prezentului parteneriat și vor agree asupra acestora, inclusiv asupra modalității concrete de promovare a parteneriatului, asupra mesajului și materialelor.
- 14.19 Toate informațiile (sub formă verbală sau scrisă, indiferent de suportul prin intermediul căruia se transmit) pe care Asigurătorul le primește de la Contractant în baza prezentului Contract sau în legătură cu prezentul Contract, sau de care ia la cunoștință, chiar în mod întâmplător, vor fi folosite exclusiv pentru îndeplinirea obligațiilor asumate și numai în măsura în care această folosire este în conformitate cu acest Contract.
- 14.20 Fiecare parte contractantă declară și recunoaște celeilalte părți dreptul de a prelucra datele cu caracter personal ale persoanelor fizice care au calitatea de reprezentant legal, conducător, semnatar sau persoană de contact a părții respective în cadrul prezentului Contract, având în acest sens un interes legitim în prelucrarea datelor de identificare și contact ale acestor persoane în vederea executării prezentului Contract.
- 14.21 Pentru orice alte informații legate de Contract, vă rugăm să vă adresați direct reprezentantului dumneavoastră de vânzări sau să consultați site-ul oficial al Asigurătorului: www.groupama.ro.
- 14.22 În caz de pierdere, sustragere sau distrugere a Poliței de asigurare, Asigurătorul va elibera, la cererea scrisă a Contractantului, un duplicat al acesteia.
- 14.23 **Prezentele Condiții generale de asigurare intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2024** și se vor aplica tuturor Contractelor de asigurare încheiate după această dată.

Clauze neuzuale

- 14.24 Sunt **clauze neuzuale și sunt acceptate expres** de către Asigurat/Contractant odată cu Polița de asigurare următoarele articole: 2.4; 3.3 lit. d), e); 5.2, 5.3, 5.4; 6.9; 6.10; 7.1, 7.2, 7.3; 8.3, 8.5, 8.6, 8.7; 9 integral; 10.6, 10.7; 13; 14.3, 14.4 din prezentele Condiții generale de asigurare.
- 14.25 Prevederile aferente Condițiilor de asigurare specifice ale asigurărilor suplimentare ce se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, sunt considerate în integralitate clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Contractului de asigurare.

15. Definirea termenilor

Accident	eveniment datorat unei cauze neprevăzute, externe, vizibile, violente, întâmplătoare și absolut independente de voința Asiguratului și independent de orice boală fizică sau psihică a acestuia și care îi provoacă acestuia vătămare corporală sau riscul Asigurat. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore se consideră un singur accident.
Acoperire temporară	producerea riscului Asigurat între data semnării Cererii de asigurare și intrarea în vigoare a Poliței de asigurare, cu condiția încasării primei de asigurare la data semnării Cererii de asigurare.
Asigurare de bază	Contract reglementat prin Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de grup, la care pot fi atașate asigurări suplimentare.
Asigurat	persoana fizică a cărei viață, integritate corporală sau sănătate fac obiectul Contractului de asigurare, cu vârsta de intrare și de ieșire acceptată de Asigurător. Asiguratul poate fi, conform Tabelului nominal, de tip principal, membru al grupului asigurat sau de tip dependent, soț/ soție/ partener sau copil natural sau înfiat necăsătorit, al/ a membrului grupului asigurat.
Asigurări suplimentare	acoperiri opționale care pot fi atașate la asigurarea de bază la încheierea sau la reînnoirea Contractului de asigurare.
Asigurător	Groupama Asigurări S.A., autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub Nr. RA –009/10.04.2003, Cod LEI 549300EO4TPESE4LEE73, care în schimbul primei de asigurare încasate, se obligă să plătească indemnizația de asigurare cuvenită, conform Condițiilor Contractuale.
Beneficiar	Persoana fizică sau juridică desemnată pentru încasarea indemnizației de asigurare și menționată pe Contractul de asigurare. În cazul nedesemnării de către Asigurat a Beneficiarilor, aceștia vor fi moștenitorii legai ai Asiguratului.
Boală	modificare patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/ sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de un medic specialist autorizat, conform criteriilor clinice, paraclinice.
Cererea de asigurare	formularul tipizat ce conține date despre Asigurător, este completat de Contractant/ Asigurat cu structura grupului asigurat și informații necesare evaluării riscului Asigurat și reprezintă manifestarea de voință și consimțământul Contractantului, respectiv al Asiguratului, în vederea încheierii Contractului de asigurare. Cererea de asigurare cuprinde tabelul nominal și face parte din Contractul de asigurare.
Condiție preexistentă	orice boală sau vătămare corporală, inclusiv consecințele acestora, care a fost diagnosticată de un medic și/ sau s-a manifestat simptomatic înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare, indiferent dacă a făcut sau nu obiectul îngrijirii și/ sau al tratamentului. Acceptarea acoperirii condiției preexistente poate implica recalcularea primei de asigurare.
Contractant	persoana juridică înregistrată în România, care justifică un interes asigurabil în constituirea grupului asigurat ce încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul, având responsabilitatea de a plăti prima de asigurare în numele și în interesul asiguraților și îndeplinind prevederile legale referitoare la capacitatea de a încheia Contracte.
Contractul de asigurare	actul juridic care se încheie între Contractant și Asigurător, în beneficiul

	Asiguratului, prin care Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare, iar Asigurătorul se obligă ca la producerea riscului Asigurat să achite indemnizația de asigurare în termenii și limitele convenite în Contract.
Durata asigurării	perioada delimitată de data intrării în vigoare și data de expirare a Contractului de asigurare.
Evaluarea riscului	procesul prin care Asigurătorul determină dacă, și după caz, în ce Condiții se vor acorda acoperirile prin asigurare și limitele acestora, Asiguratului.
Grup asigurat parțial	parte din angajați/membri activi ai organizației/grupului al cărui număr minim este de 4 (patru) persoane, respectiv persoanele eligibile desemnate de Contractant, pentru a beneficia de asigurare. Numele membrilor grupului asigurat vor fi specificate în Anexa 1 la Polița de asigurare sub forma unui tabel nominal.
Grup asigurat total	toți angajații/ membri activi ai organizației/ grupului sau totalitatea persoanelor dintr-o anumită categorie profesională, al cărui număr minim este de 20 de persoane. Pe parcursul duratei de asigurare se acceptă o fluctuație a membrilor grupului asigurat de maxim 10%, iar fracțiunile se rotunjesc în favoarea asiguraților.
Indemnizația de asigurare	suma de bani plătită de către Asigurător în cazul producerii riscului Asigurat.
Interesul asigurabil	cerință esențială pentru valabilitatea Contractului de asigurare; reprezintă existența unei relații clare între Asigurat, pe de o parte, și Contractant respectiv Beneficiar, pe de altă parte. Această relație trebuie să justifice interesul legitim al Contractantului pentru plata primelor de asigurare, pentru nivelul sumelor Asigurate alese, precum și protecția de natură financiară necesară Beneficiarului în cazul producerii riscului Asigurat.
Limita de despăgubire pe Asigurat	suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește pentru o persoană din grup, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii riscului Asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin Contractul de asigurare, asigurarea încetează pentru persoana respectivă. În cazul în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.
Limita de despăgubire pe an Contractual	suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește tuturor persoanelor Asigurate din grup, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii riscului Asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin Contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor Asigurate, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime Asigurate pentru secțiunea respectivă. În cazul în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.
Limita de despăgubire pe eveniment	suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește în cazul în care riscul Asigurat se produce pentru mai mulți Asigurați aparținând grupului asigurat, ca urmare a aceluiași eveniment Asigurat. În cazul producerii riscului Asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin Contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor pentru care s-a produs riscul Asigurat, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime Asigurate pentru secțiunea respectivă. În cazul în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.

Medic	persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în limitele specialității licenței sale, în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
Membru activ al grupului asigurat	persoană fizică având calitatea de angajat, asociat, colaborator, client sau membru al organizației, calitate activă în prestația asumată față de Contractant, încadrată pe baza unui Contract bilateral încheiat cu Contractantul.
Perioada de așteptare	perioada de timp, calculată de la data includerii în grupul asigurat, în care se va acoperi riscul asigurat, numai în cazul unui accident, pentru care există obligația de plată a primelor de asigurare.
Polița de asigurare	document eliberat de Asigurător, pentru a confirma încheierea Contractului de asigurare.
Prima de asigurare	suma de bani plătită, conform Condițiilor de asigurare, de către Contractant în schimbul asumării riscului de către Asigurător.
Reprezentant vânzări	persoana fizică sau juridică (angajatul Asigurătorului sau intermediar de asigurări Certificat conform legii), împuternicită de Asigurător să consilieze în vederea încheierii unei asigurări, să sprijine Contractantul în completarea Cererii de asigurare, să intermedieze/ încheie asigurări în numele Asigurătorului, în conformitate cu prevederile stipulate în Contractul de bază prin care i-a fost acordată împuternicirea.
Reînnoirea Contractului de asigurare	modalitatea prin care Contractul de asigurare poate continua după data de expirare.
Risc Asigurat	eveniment viitor, posibil, incert, definit în prezentele Condiții de asigurare, la producerea căruia Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare; producerea riscului asigurat dă naștere obligației asigurătorului de plată a indemnizației din asigurare numai dacă acesta are loc pe durata valabilității asigurării.
Sumă Asigurată	valoarea specificată în Polița de asigurare și care stă la baza calculului indemnizației de asigurare.
Suspendarea instrumentării dosarului	este perioada necesară Asigurătorului pentru a efectua cercetări suplimentare de daună referitoare la cauzele și împrejurările producerii evenimentului Asigurat sau la repararea efectivă a prejudiciului. În această perioadă nu curg termenele prevăzute în Contract pentru plata indemnizației de asigurare. În cazul în care motivul de suspendare încetează, termenul Contractual continuă cu perioada rămasă nescursă la momentul suspendării.
Scadența	data până la care Contractantul poate achita prima anuală sau ratele de primă de asigurare, astfel încât Asiguratul să poată beneficia de protecția prin asigurare.
Subgrup	un grup de persoane asigurate care au același pachet de asigurare, având aceleași acoperiri, cu sume asigurate și prime de asigurare identice.
Vătămare corporală	orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical și justificată prin documente medicale eliberate de medici specialiști, cauzată de un accident.
Vârsta Asiguratului	numărul de ani întregi împliniți la ultima aniversare a zilei de naștere, în raport cu evenimentul la care se face referire.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE DECES CA URMARE A UNUI ACCIDENT

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **decesul** Asiguratului **ca urmare a unui accident**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**. Prin această asigurare suplimentară, **este acoperit și** riscul de deces survenit din accident, într-o perioadă de maxim 1 an de la data unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării.

Astfel de accidente pot fi:

- a. accidentele în care este implicat orice mijloc de transport pe uscat, apă sau în aer;
- b. insolajii, degerări, colaps prin căldură sau frig de la care asiguratul nu s-a putut sustrage din cauza accidentului pe care l-a suferit;
- c. intoxicație acută involuntară și/sau asfixiere;
- d. înec;
- e. explozii, prăbușiri de teren, acțiunea fulgerului, acțiunea curentului electric;
- f. lovire, cădere, înțepare, tăiere, arsură;
- g. urmările imediate ale unei boli infecțioase acute post-traumatice sau ale turbării;
- h. urmările imediate ale efortului fizic excesiv și subit determinat de cauze de forță majoră pentru salvarea vieții;
- i. accidentele provocate de funcționarea utilajelor, aparatelor, uneltelor;
- j. accidentele rezultate ca urmare a utilizării armelor de foc, conform legislației în vigoare privind regimul armelor și munițiilor.

Enumerarea de mai sus este **ilustrativă și nu exhaustivă**.

- 2.2. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.

- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. Indemnizația de asigurare este egală cu **suma asigurată specifică acestei asigurări suplimentare**, menționată în Polița de asigurare.
- 5.2. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte documentele menționate la **Capitolul Indemnizația de asigurare din Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază**.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**.

7. Definirea termenilor

Intoxicație acută	stare patologică acută determinată de introducerea, voluntară sau involuntară, în organism a uneia sau mai multor substanțe toxice. Prin substanță "toxică" se înțelege orice substanță care pătrunsă în organism pe diverse căi, provoacă tulburări funcționale și/ sau alterări structurale, având ca rezultat o stare patologică acută.
-------------------	--

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **invaliditatea permanentă parțială sau totală a Asiguratului ca urmare a unui accident**, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, **caz în care Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2. Prin această asigurare suplimentară se va acoperi invaliditatea permanentă parțială sau totală survenită în maximum un an de la data producerii accidentului.
- 2.3. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. În cazul **invalidității permanente parțiale a asiguratului ca urmare a unui accident** în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare conform Baremului procentual de indemnizare**.
- 5.2. Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de **invaliditate permanentă totală survenită în maximum 1 an de la data producerii accidentului**, sunt următoarele:
 - a. pierderea completă a vederii ambilor ochi;

- b. pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini;
 - c. pierderea ambelor tibii;
 - d. pierderea unui antebraț și a unui picior;
 - e. afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;
 - f. paralizia totală și permanentă;
 - g. orice altă situație de dobândire a invalidității permanente totale încadrate în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale privind protecția socială în vigoare din România, sub rezerva confirmării de către noi privind încadrarea într-un grad de invaliditate permanentă totală.
- 5.3. **Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte** specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază:
- a. documente medicale necesare evaluării gradului de invaliditate;
 - b. raport medical în care să se precizeze cauza și încadrarea invalidității permanente parțiale sau totale;
 - c. documente medicale care să cuprindă diagnosticul, circumstanțele și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu evenimentul ce a condus la stabilirea invalidității (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.), precum și situația medicală la încheierea perioadei de recuperare recomandată de către medic;
 - d. suplimentar față de punctul a., în cazul invalidității permanente totale: decizia de încadrare în grad de invaliditate I sau II și decizia/deciziile de revizuire, dacă există, emise de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grad de invaliditate (copie).
- 5.4. **În cazul invalidității permanente parțiale ca urmare a unui accident, Asigurătorul va plăti Asiguratului,** în funcție de invaliditatea permanentă dobândită, **până la 100% din suma asigurată, conform** procentajelor stabilite prin **Baremul procentual de indemnizare.**
- 5.5. În cazul invalidității permanente totale ca urmare a unui accident, Asigurătorul va plăti suma asigurată pentru această asigurare suplimentară, menționată în Polița de asigurare.
- 5.6. În cazul în care survine invaliditatea permanentă totală a Asiguratului după ce Asigurătorul a achitat indemnizația aferentă unei invalidități permanente parțiale, Asigurătorul va plăti diferența dintre suma asigurată pentru această asigurare și indemnizația deja plătită.
- 5.7. **Procentul de indemnizare în cazul invalidității permanente parțiale se determină numai după terminarea tratamentului,** dar **nu mai devreme de trecerea unei perioade de 3 luni** de la data producerii accidentului și **nu mai târziu de 1 an** de la acea dată. În cazul în care invaliditatea permanentă parțială este incontestabilă din punct de vedere medical, stabilirea procentului de indemnizare se poate face și înainte de expirarea perioadei recuperatorii de 3 luni.
- 5.8. În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, se va trimite o adresă prin care Asigurătorul va solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 5.9. **Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației** de asigurare cuvenite, aferente acestei asigurări, **aceasta va fi plătită Beneficiarului** în caz de deces al asiguratului sau moștenitorilor legali ai asiguratului, dacă nu există beneficiari desemnați.
- 5.10. Pierdere absolută și iremediabilă a funcției unui organ, membru sau a unui sistem de organe este considerată ca pierdere anatomică a acestuia. În cazuri de diminuare a capacității de folosință, procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare se reduc în raport cu funcționalitatea pierdută.
- 5.11. În cazul pierderii prin amputare a unei părți a unui membru sau falangă, gradul de invaliditate se stabilește ca parte din procentul de indemnizare specificat în cazul pierderii în întregime al acestuia, în raport cu partea pierdută.
- 5.12. Dacă Asiguratul este stângaci, atunci procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare, pentru diverse infirmități ale mâinii drepte sau stângi se inversează.
- 5.13. În caz de pierdere anatomică sau de reducere a funcției unui organ sau a unui membru cu deficit preexistent riscului asigurat acceptat de Asigurător, procentele indicate se vor micșora ținând seama de gradul de invaliditate calculat pentru deficitul preexistent.
- 5.14. În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în același accident, invaliditatea permanentă parțială se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare dintre pierderile respective până la limita maximă a 100 de procente.

Barem de indemnizare procentuală

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ

Procente de indemnizare

Pierdere completă a vederii la un ochi	50%
Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%
Cecitate sau enucleere unilaterală	50%
Pierdere 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%
Pierdere totală a unui plămân	50%
Pierdere totală a unui rinichi	30%
Pierdere totală a splinei	10%
Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare	40%
Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice	20%

A membrelor superioare

dreapta stânga

Pierdere completă a antebrațului sau mâinii	60%	50%
Pierdere totală a membrului superior (mâinii)	70%	60%
Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului	25%	20%
Pierdere totală a palmei sau antebrațului	60%	50%
Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii	20%	15%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic)	15%	12%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a degetului arătător	15%	10%
Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic	10%	8%

A membrelor inferioare

Pierdere completă a piciorului	50%
Pierdere totală a unui picior (laba piciorului)	40%
Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele	30%
Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi	50%
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului	60%
Pierdere totală a degetului mare de la picior	5%
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare	3%
Fractura nesudată a tibiei sau peroneului	25%
Fractura nesudată a rotulei	20%
Fractura nesudată a oaselor tarsului	15%
Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau genunchiului	20%
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri	15%

5.15. Orice pierdere anatomică sau funcțională care nu este menționată în acest barem, se va încadra prin asimilare și în conformitate cu legislația în vigoare.

6. Excluderi

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

- **tentativa de sinucidere sau de autorănire a Asiguratului**, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Invaliditate permanentă parțială	reducerea potențialului fizic și psihosenzorial al Asiguratului în urma unui accident, nesusceptibilă de ameliorări, certificată de un medic agreat de noi, evaluată conform baremului nostru de indemnizare procentuală.
Invaliditate permanentă totală	pierderea anatomică totală, permanentă sau pierderea capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme de organe, cauzată în mod direct de un accident, în urma căruia Asiguratul devine incapabil să desfășoare orice activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit, prin încadrare în gradul I sau II de invaliditate conform legislației din România.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ DIN ORICE CAUZĂ

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **invaliditatea permanentă parțială sau totală** a Asiguratului ca urmare a unui accident sau diagnosticării unei boli, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, caz în care Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2. Prin această asigurare suplimentară, se va acoperi invaliditatea permanentă parțială sau totală, survenită în maximum un an de la data producerii accidentului sau de la diagnosticarea bolii.
- 2.3. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară **începe și încetează** conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. În cazul **invalidității permanente parțiale** a Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare conform baremului procentual de indemnizare.
- 5.2. Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de **invaliditate permanentă totală**, sunt următoarele:
 - pierderea completă a vederii ambilor ochi;

- pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini;
 - pierderea ambelor tibii;
 - pierderea unui antebraț și a unui picior;
 - afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;
 - paralizia totală și permanentă;
 - orice altă situație de dobândire a invalidității permanente totale încadrate în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale privind protecția socială în vigoare, din România, sub rezerva confirmării de către Asigurător privind încadrarea într-un grad de invaliditate permanentă totală.
- 5.3. Pentru primele **30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări sunt acoperite numai riscurile datorate în urma unui accident. **Perioada de așteptare** nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.
- 5.4. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază:
- a. documente medicale necesare evaluării gradului de invaliditate;
 - b. raport medical în care să se precizeze cauza și încadrarea invalidității permanente parțiale sau totale;
 - c. documente medicale care să cuprindă diagnosticul, circumstanțele și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu evenimentul ce a condus la stabilirea invalidității (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.), precum și situația medicală la încheierea perioadei de recuperare recomandată de către medic;
 - d. decizia de încadrare în grad de invaliditate I sau II și a deciziei/deciziilor de revizuire, dacă există, emisă de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grad de invaliditate (copie).
- 5.5. În cazul invalidității permanente parțiale, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în funcție de invaliditatea permanentă dobândită, până la **100% din suma asigurată**, conform procentajelor stabilite prin Baremul procentual de indemnizare.
- 5.6. În cazul invalidității permanente totale, Asigurătorul va plăti suma asigurată specifică acestei asigurări suplimentare.
- 5.7. În cazul în care survine invaliditatea permanentă totală a Asiguratului după ce Asigurătorul a achitat indemnizația aferentă unei invalidități permanente parțiale, Asigurătorul va plăti diferența dintre suma asigurată specifică acestei asigurări și indemnizația deja plătită.
- 5.8. Procentul de indemnizare în cazul invalidității permanente parțiale se determină numai după terminarea tratamentului, dar nu mai devreme de trecerea unei perioade de **3 luni** de la data producerii accidentului/diagnosticării bolii și nu mai târziu de **1 an** de la acea dată. În cazul în care invaliditatea permanentă parțială este incontestabilă din punct de vedere medical, stabilirea procentului de indemnizare se poate face și înainte de expirarea perioadei recuperatorii de **3 luni**.
- 5.9. În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, se va trimite o adresă prin care Asigurătorul va solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 5.10. Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenite, aferente acestei asigurări, aceasta va fi plătită Beneficiarului dacă este desemnat. În cazul în care nu a fost desemnat un beneficiar, indemnizația se va plăti moștenitorilor legali ai asiguratului.
- 5.11. Pierdere absolută și iremediabilă a funcției unui organ, membru sau a unui sistem de organe este considerată ca pierdere anatomică a acestuia; în cazuri de diminuare a capacității de folosință, procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare se reduc în raport cu funcționalitatea pierdută.
- 5.12. Dacă Asiguratul este stângaci, atunci procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare, pentru diverse infirmități ale mâinii drepte sau stângi se inversează.
- 5.13. În cazul pierderii prin amputare a unei părți a unui membru sau falangă, gradul de invaliditate se stabilește ca parte din procentul de indemnizare specificat în cazul pierderii în întregime al acestuia, în raport cu partea pierdută.
- 5.14. În caz de pierdere anatomică sau de reducere a funcției unui organ sau a unui membru cu deficit preexistent riscului asigurat acceptat de Asigurător, procentele indicate se vor micșora ținând seama de gradul de invaliditate calculat pentru deficitul preexistent.

- 5.15. În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre, în același accident, invaliditatea permanentă se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare dintre pierderile respective până la limita maximă a **100%**.

Barem de indemnizare procentuală

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ	Procente de indemnizare	
Pierdere completă a vederii la un ochi	50%	
Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%	
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%	
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%	
Cecitate sau enucleere unilaterală	50%	
Pierdere 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%	
Pierdere totală a unui plămân	50%	
Pierdere totală a unui rinichi	30%	
Pierdere totală a splinei	10%	
Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare	40%	
Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice	20%	
A membrilor superioare	dreapta	stânga
Pierdere completă a antebrațului sau mâinii	60%	50%
Pierdere totală a membrului superior (mâinii)	70%	60%
Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului	25%	20%
Pierdere totală a palmei sau antebrațului	60%	50%
Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii	20%	15%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%

Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic)	15%	12%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a degetului arătător	15%	10%
Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic	10%	8%
A membrelor inferioare		
Pierdere completă a piciorului	50%	
Pierdere totală a unui picior (laba piciorului)	40%	
Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele	30%	
Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi	50%	
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului	60%	
Pierdere totală a degetului mare de la picior	5%	
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare	3%	
Fractura nesudată a tibiei sau peroneului	25%	
Fractura nesudată a rotulei	20%	
Fractura nesudată a oaselor tarsului	15%	
Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau genunchiului	20%	
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri	15%	

- 5.16. Orice **pierdere anatomică sau funcțională care nu este menționată în acest Barem**, se va încadra prin asimilare și în conformitate cu legislația în vigoare.

6. Excluderi

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

- orice condiție preexistentă (doar pentru asigurările de viață de grup);
- tentativa de sinucidere sau de autorănire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Invaliditate permanentă totală	pierdere anatomică totală, permanentă sau pierdere a capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme de organe, cauzată în mod direct de un accident sau o boală, în urma căruia Asiguratul devine incapabil să desfășoare orice activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit și prin încadrare în gradul I sau II de invaliditate, conform legislației din România.
Invaliditate permanentă parțială	reducerea potențialului fizic și psiho-senzorial al Asiguratului în urma unui accident sau cauzată de o boală, nesusceptibilă de ameliorări, certificată de un medic agreat de Asigurător, evaluată conform baremului de indemnizare procentuală.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat reprezintă **cheltuielile medicale cu recomandare medicală validă suportate de Asigurat, ca urmare a unui accident**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. Indemnizația de asigurare este reprezentată de **contravaloarea cheltuielilor medicale efectuate de Asigurat pe perioada unui an de asigurare și cu recomandare validă din partea unui medic, pe baza documentelor medicale și a chitanțelor/ facturilor fiscale emise pe numele Asiguratului**, până la limita maximă prevăzută în Polița de asigurare pentru componentele acestei asigurări suplimentare.
- 5.2. **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare**, în sublimita specifică fiecărei componente, pentru cheltuieli medicale recomandate de către un medic **pentru următoarele servicii**:
 - **transportul efectuat de servicii de urgență** de specialitate până la cel mai apropiat spital;
 - **medicamentele și materialele sanitare prescrise de medic**, materialele medicale ajutătoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (orteze, corsete, gips) ca urmare a unui

- accident în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- **investigații medicale** - ecografie, radiografie; lista este limitativă;
- **servicii dentare de urgență** - tratamentul dentar de urgență în urma unui accident, inclusiv radiografie dentară, dacă este recomandată de medic, în limita a 450 lei/an sau echivalentul în moneda poliței;
- **chirurgia plastică și reparatorie, implantologia** când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.

5.3. **Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte** specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază:

- **prescripție medicală/ recomandare medicală validă;**
- **documente de plată**, chitanțele sau facturile fiscale emise pe numele Asiguratului din care să reiasă cheltuielile medicale efectuate și necesitatea medicală a acestora, care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și serviciile medicale prestate.

5.4. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 de zile de la data eliberării acestora.

5.5. Indemnizația de asigurare se va plăti Asiguratului până la 100% din suma asigurată pe perioada unui an de asigurare. Pentru cazurile în care cheltuielile medicale efectuate de Asigurat depășesc suma asigurată, costurile suplimentare vor fi suportate de acesta.

5.6. În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice privind cheltuielile medicale determinate de:

- a. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- b. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident sau încadrate ca tratament dentar de urgență;
- c. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- d. accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul conceperii unui copil, contraceptia, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fatului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivatia solicitării/ efectuării acestora - prevenție, screening, investigare, monitorizare și/ sau tratament) inclusiv urmările acestora dacă nu sunt consecințe directe ale accidentului;
- e. controalele medicale sau monitorizările de rutină, cercetările exploratorii, investigațiile;
- f. ca urmare a oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil manifestate/ diagnosticate într-o etapă ulterioară sau diagnosticate/ agravate în urma unui traumatism pe parcursul vieții (cum ar fi deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocel, hidrocel congenital, hidronefroza congenitală, fimoza congenitală, nevi congenitali; Enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- g. tratarea unor arsuri de grad I;
- h. tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale, asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă;
- i. tratamentul recuperator și fizioterapia (de exemplu: masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- j. cumpărarea de vitamine, suplimente alimentare, produse naturiste sau medicamente care nu se găsesc în nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului; achiziționarea de dispozitive medicale (aparate auditive, tensiometre, aparate de măsurat glicemia; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă)
- k. monitorizări afecțiuni cronice (tratamente lunare);
- l. examinări imagistice (exemplu: RMN, CT).

7. Definirea termenilor

Cheltuieli medicale	Cheltuieli suportate de Asigurat în urma producerii unui accident pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.
Recomandare medicală validă	O recomandare care trebuie să respecte simultan următoarele criterii: • să fie lizibilă, să conțină numele pacientului, diagnostic, data, parafa și semnătura medicului; • să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale/ cheltuielilor medicale; • să fie eliberată de un medic a cărui specialitate medicală este încadrată în categoria specialităților clinice; pentru claritate: recomandările emise de medici cu specialități paraclinice nu sunt considerate valide, fiind adresate medicului curant și nu pacientului; • să respecte limitele de competență profesională ale medicului trimițător: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificată prin diagnosticul de trimitere.
Urgența medicală	Vătămarea corporală sau afecțiunea acută ce presupune un risc imediat care, în absența imediată a tratamentului, poate pune în pericol sănătatea/ viața Asiguratului.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE DIN ORICE CAUZĂ

1. Informații introductive

- 1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2 Contractantul/Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3 Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat reprezintă **cheltuielile medicale cu recomandare medicală validă suportate de Asigurat**, ca urmare a unui **accident sau a diagnosticării cu o boală**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează **conform capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare din Condițiile generale**.

4. Prima de asigurare

- 4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 Indemnizația de asigurare este reprezentată de **contravaloarea cheltuielilor medicale efectuate de Asigurat pe perioada unui an de asigurare și cu recomandare validă din partea unui medic, pe baza documentelor medicale și a chitanțelor/facturilor fiscale emise pe numele Asiguratului**, până la limita maximă prevăzută în Polița de asigurare pentru componentele acestei asigurări suplimentare.
- 5.2 Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, în sublimita specifică fiecărei componente, pentru cheltuieli medicale recomandate de către un medic pentru următoarele servicii:
 - **transportul** efectuat de servicii de urgență de specialitate până la cel mai apropiat spital;
 - **medicamentele și materialele sanitare** prescrise de medic, materialele medicale ajutătoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (orteze, corsete, gips) ca urmare a unui

- accident sau a unei boli diagnosticate în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- **investigații medicale** – ecografie, radiografie; lista este limitativă;
- **servicii dentare de urgență** - tratamentul dentar de urgență în urma unui accident sau pentru îndepărtarea durerilor acute, inclusiv radiografie dentară, dacă este recomandată de medic, în limita a 450 lei/an sau echivalentul în moneda poliței.
- **chirurgia plastică și reparatorie**, implantologia când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.

- 5.3 Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări **sunt acoperite numai riscurile datorate în urma unui accident**. Perioada de așteptare nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.
- 5.4 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază: prescripție medicală/ recomandare medicală validă, documente de plată, chitanțele sau facturile fiscale emise pe numele Asiguratului din care să reiasă cheltuielile medicale efectuate și necesitatea medicală a acestora, care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și serviciile medicale prestate. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 de zile de la data eliberării acestora.
- 5.5 **Indemnizația de asigurare se va plăti Asiguratului până la 100% din suma asigurată pe perioada unui an** de asigurare. Pentru cazurile în care cheltuielile medicale efectuate de Asigurat depășesc suma asigurată, costurile suplimentare vor fi suportate de acesta.
- 5.6 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice privind cheltuielile medicale determinate de:

- a. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- b. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident sau încadrate ca tratament dentar de urgență;
- c. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- d. accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul conceperii unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fatului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivatia solicitării/efectuării acestora - prevenție, screening, investigație, monitorizare și/sau tratament) inclusiv urmările acestora dacă nu sunt consecințe directe ale accidentului;
- e. controalele medicale sau monitorizările de rutină, cercetările exploratorii, investigațiile;
- f. ca urmare a oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil manifestate/diagnosticate într-o etapă ulterioară sau diagnosticate/ agravate în urma unui traumatism pe parcursul vieții (cum ar fi deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocel, hidrocel congenital, hidronefroza congenitală, fimoză congenitală, nevi congenitali; Enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- g. bolile cu transmitere sexuală;
- h. tratarea unor arsuri de grad I;
- i. tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale, asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă;
- j. tratamentul recuperator și fizioterapia (de exemplu: masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- k. cumpărarea de vitamine, suplimente alimentare, produse naturiste sau medicamente care nu se găsesc

în nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului; achiziționarea de dispozitive medicale (aparate auditive, tensiometre, aparate de măsurat glicemia; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă)

- l. monitorizări afecțiuni cronice (tratamente lunare);
- m. examinări imagistice (exemplu: RMN, CT).

7. Definirea termenilor

Cheltuieli medicale	cheltuieli suportate de Asigurat în urma producerii unui accident sau a diagnosticării unei boli pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.
Recomandare medicală validă	o recomandare care trebuie să respecte simultan următoarele criterii: • să fie lizibilă, să conțină numele pacientului, diagnostic, data, parafa și semnătura medicului; • să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale/cheltuielilor medicale; • să fie eliberată de un medic a cărui specialitate medicală este încadrată în categoria specialităților clinice; pentru claritate: recomandările emise de medici cu specialități paraclinice nu sunt considerate valide, fiind adresate medicului curant și nu pacientului; • să respecte limitele de competență profesională ale medicului trimițător: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificată prin diagnosticul de trimitere.
Urgența medicală	vătămarea corporală sau afecțiunea acută ce presupune un risc imediat care, în absența imediată a tratamentului, poate pune în pericol sănătatea/viața Asiguratului.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **spitalizarea Asiguratului ca urmare a unui accident**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. Suma asigurată pe zi și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse acelorași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. În cazul producerii riscului asigurat, **indemnizația zilnică pentru spitalizare** se va plăti Asiguratului **în limita maximă a numărului de zile pe an** prevăzut în Polița de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - a. Pentru **cel puțin 3 (trei) zile consecutive** de spitalizare ca urmare a unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării.
 - b. Pentru o perioadă de spitalizare **mai mare de 3 (trei) zile consecutive**, se va plăti indemnizația de asigurare pentru **întreaga perioadă de spitalizare**.
 - c. Dacă asiguratul a fost internat la secția de **terapie intensivă**, indemnizația zilnică va fi **dublul indemnizației zilnice de spitalizare**, dar nu pentru mai mult de **7 (șapte) zile**.
 - d. Pentru **maximum 2 (două) spitalizări** pe an ca urmare a aceluiași accident, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive, apărute la maximum **90 de zile de la prima externare**.

- 5.2. În cazul în care **spitalizarea** începe în perioada de valabilitate a poliței și **se continuă după expirare**, se vor acoperi până la maximum **30 zile** de spitalizare **după expirarea Poliței**, în limita numărului de zile de spitalizare acoperite, conform prevederilor din Polița de asigurare.
- 5.3. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul/ reprezentantul său legal trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază:
- copia foii de observație;
 - biletul de externare sau orice document eliberat ca urmare a spitalizării.
- 5.4. În cazul decesului asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 5.5. Indemnizația de asigurare se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare.
- 5.6. Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea spitalizării.

6. Excluderi

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

- otrăvirea sau intoxicația prin introducerea substanțelor toxice (solide, lichide, gazoase) indiferent de căile de pătrundere în organism, cu excepția celor involuntare sau accidentale;
- afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii în urma accidentului;
- chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- controale medicale sau monitorizările de rutină, cercetări exploratorii sau investigații; tratamentul prin acupunctură, bioenergie sau metode neconvenționale, asistență medicală acordată de homeopați, medici naturiști, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.).

7. Definirea termenilor

Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin prezenta poliță și care duce la o nouă spitalizare.
Medic	persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
Indemnizație zilnică de spitalizare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de spitalizare a Asiguratului, conform Condițiilor specifice de asigurare. Indemnizația zilnică este egală cu suma asigurată zilnică.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește în cazul spitalizării asiguratului. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare, conform Condițiilor specifice de asigurare.
Intoxicație acută	stare patologică acută determinată de introducerea, voluntară sau involuntară, în organism a uneia sau mai multor substanțe toxice. Prin substanță "toxică" se înțelege orice substanță care pătrunsă în organism pe diverse căi, provoacă

	tulburări funcționale și/ sau alterări structurale, având ca rezultat o stare patologică acută.
Spital	unitate organizată/ înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
Recidivă	reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau spitalizarea recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi proceduri medicale prin internare.
Terapie intensivă	secția dintr-un spital în care se tratează bolnavii aflați în stare critică de sănătate, ce necesită monitorizarea permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea funcțiilor vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.
Zi de spitalizare	staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **spitalizarea Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. Suma asigurată pe zi și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezența asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezența asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. În cazul producerii riscului asigurat, **indemnizația zilnică pentru spitalizare** se va plăti Asiguratului **în limita maximă a numărului de zile pe an** prevăzut în Polița de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - e. Pentru **cel puțin 3 (trei) zile consecutive** de spitalizare ca urmare a unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării.
 - f. Pentru o perioadă de spitalizare **mai mare de 3 (trei) zile consecutive**, se va plăti indemnizația de asigurare pentru **întreaga perioadă de spitalizare**.
 - g. Dacă asiguratul a fost internat la secția de **terapie intensivă**, indemnizația zilnică va fi **dublul indemnizației zilnice de spitalizare**, dar nu pentru mai mult de **7 (șapte) zile**.
 - h. Pentru **maximum 2 (două) spitalizări** pe an ca urmare a aceluiași accident sau aceleiași boli, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive, apărute la maximum **90 de zile de la prima externare**.

- 5.2. În cazul în care **spitalizarea** începe în perioada de valabilitate a poliței și **se continuă după expirare**, se vor acoperi până la maximum **30 zile** de spitalizare **după expirarea Poliței**, în limita numărului de zile de spitalizare acoperite, conform prevederilor din Polița de asigurare.
- 5.3. Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări sunt acoperite numai riscurile datorate în urma **unui accident**. **Perioada de așteptare** nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.
- 5.4. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază:
 - c. copia foii de observație;
 - d. biletul de externare sau orice document eliberat ca urmare a spitalizării.

Aceste documente ni se vor prezenta în termen de maximum 30 zile de la data eliberării acestora.
- 5.5. În cazul decesului asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 5.6. Indemnizația de asigurare se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare.
- 5.7. Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea spitalizării.

6. Excluderi

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

- e. orice condiție preexistentă (doar pentru asigurările de viață de grup);
- f. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea substanțelor toxice (solide, lichide, gazoase) indiferent de căile de pătrundere în organism, cu excepția celor involuntare sau accidentale;
- g. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident;
- h. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- i. accesarea oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul conceperii unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fatului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivatia solicitării/ efectuării acestora - prevenție, screening, investigare, monitorizare si/ sau tratament) inclusiv urmările acestora, dacă nu sunt consecințe directe ale unui accident;
- j. controale medicale sau monitorizările de rutină, cercetări exploratorii sau investigații; tratamentul prin acupunctură, bioenergie sau metode neconvenționale, asistență medicală acordată de homeopați, medicină naturistă, medicină alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.);
- k. orice anomalie congenitală, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil manifestate/ diagnosticate într-o etapă ulterioară sau diagnosticate/ agravate în urma unui traumatism pe parcursul vieții (cum ar fi deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocel, hidrocel congenital, hidronefroza congenitală, fimoza congenitală, nevi congenitali. Enumerarea nu este limitativă);
- l. bolile cu transmitere sexuală;
- m. spitalizare ca urmare a unor proceduri/ tehnici/ manevre medico-chirurgicale incorecte;
- n. tentativa de sinucidere sau de autorânire a asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau
-------------	--

tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin prezenta poliță și care duce la o nouă spitalizare.

Indemnizație zilnică de spitalizare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de spitalizare a Asiguratului, conform Condițiilor specifice de asigurare. Indemnizația zilnică este egală cu suma asigurată zilnică.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care Asigurătorul o plătește în cazul spitalizării asiguratului. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică de spitalizare și numărul de zile de spitalizare, conform Condițiilor specifice de asigurare.
Intoxicație acută	stare patologică acută determinată de introducerea, voluntară sau involuntară, în organism a uneia sau mai multor substanțe toxice. Prin substanță "toxică" se înțelege orice substanță care pătrunsă în organism pe diverse căi, provoacă tulburări funcționale și/ sau alterări structurale, având ca rezultat o stare patologică acută.
Medic	persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
Recidivă	reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau spitalizarea recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi proceduri medicale prin internare.
Spital	unitate organizată/ înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
Terapie intensivă	secția dintr-un spital în care se tratează bolnavii aflați în stare critică de sănătate, ce necesită monitorizarea permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea funcțiilor vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.
Zi de spitalizare	staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **convalescența** Asiguratului, **incapacitatea temporară de muncă a asiguratului reprezentată de concediu medical sau întrerupere a activității** survenită ca urmare a unui **accident** în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. Suma asigurată pe zi și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. În cazul producerii riscului asigurat, **indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară** se va plăti Asiguratului **în limita maximă a numărului de zile pe an** prevăzut în Polița de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - a. Dacă în urma accidentului, **Asiguratul nu a fost spitalizat** Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă doar dacă incapacitatea **durează mai mult de 5 zile consecutive. Pentru incapacități mai mici de 5 zile nu se va plăti indemnizația de asigurare.**
 - b. Dacă în urma accidentului **Asiguratul a fost spitalizat** Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare

pentru perioadă de incapacitate temporară de muncă **începând cu prima zi de externare.**

- 5.2. În cazul în care incapacitatea temporară de muncă începe în perioada de valabilitate a poliței și se continuă după expirare, se vor acoperi până la **maximum 15 zile de incapacitate după expirarea poliței**, în limita numărului de zile de incapacitate temporară acoperite, prevăzute în Polița de asigurare.
- 5.3. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază:
 - a. scrisoare medicală/adeverință medicală cu menționarea perioadei de incapacitate (pentru categorii speciale de asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.);
 - b. copie după alte documente (declarație pe proprie răspundere că nu este angajat etc.), pentru categorii speciale de asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.;
 - c. adeverință de la locul de muncă sau locul desfășurării ocupației declarate asigurătorului, care să ateste ocupația asiguratului la data accidentului și din care să rezulte perioada de incapacitate acordată acestuia;
 - d. certificatul de concediu medical eliberat de medic având semnăturile, parafele medicilor (cel care l-a eliberat și cel care l-a avizat, dacă sunt diferiți) și ștampila unității medicale.
- 5.4. În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază**, precum și următoarele:

- a. incapacitatea temporară de muncă în perioada în care Asiguratul se află în **străinătate**;
- b. incapacitatea temporară ca urmare a nașterii sau a oricărui eveniment legat de **sarcină**;
- c. incapacitatea temporară de muncă ca urmare a tratamentului prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale; asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.).

7. Teritorialitate

Prezenta asigurare acoperă riscurile asigurate produce în România.

8. Definirea termenilor

Concediu medical	interval de timp determinat, în care asiguratul este scutit, în mod legal, de a se prezenta la locul de muncă și a presta activități profesionale, ca urmare a incapacității de muncă a acestuia, constatată prin certificat de concediu medical emis de către un medic.
Incapacitate temporară	prejudiciere temporară a stării de sănătate ca urmare a unui accident sau a unei boli, caracterizată prin reducerea potențialului fizic, psihosenzorial sau intelectual pe o perioadă de timp limitată, care generează întreruperea desfășurării activităților, conform ultimei ocupații declarate Asiguratorului, anterior producerii riscului.
Indemnizație zilnică pentru incapacitate temporară	suma de bani pe care noi o plătim asiguratului pentru fiecare zi de incapacitate temporară, conform prezentelor condiții de asigurare.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care noi o plătim Asiguratului în cazul în care acesta este în incapacitate temporară de muncă. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară și numărul de zile de incapacitate, conform Condițiilor speciale de asigurare.

Spital	unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
Zi de spitalizare	staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.
Zile de incapacitate temporară	numărul de zile calendaristice pentru care Asiguratul este în incapacitate temporară de muncă, urmare directă a unui accident.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ DIN ORICE CAUZĂ

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat Asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. **Riscul asigurat** este **coalescența Asiguratului, incapacitatea temporară de muncă**, reprezentată de concediu medical sau întrerupere a activității survenită ca urmare a unui accident sau a unei boli, **în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare**, caz în care Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. **Suma asigurată pe zi** și limitele specifice **sunt menționate în Polița de asigurare**.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu Asigurarea de bază sau la aniversarea/reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. În cazul producerii riscului asigurat, **indemnizația zilnică** pentru incapacitate temporară **se va plăti** Asiguratului **în limita maximă a numărului de zile pe an** prevăzut în Polița de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - 5.1.1. În cazul incapacității temporare ca urmare a unui **accident**:
 - Dacă, Asiguratul **nu a fost spitalizat** Asigurătorul **plătește indemnizația** de asigurare pentru întreaga perioadă doar dacă incapacitatea durează **mai mult de 5 zile consecutive**. Pentru incapacități **mai mici de 5 zile** nu se va plăti indemnizația de asigurare.
 - Dacă Asiguratul **a fost spitalizat** Asigurătorul **plătește indemnizația** de asigurare pentru perioadă de

incapacitate temporară de muncă **începând cu prima zi de externare.**

5.1.2. În cazul incapacității temporare ca urmare a **diagnosticării unei boli:**

- Dacă Asiguratul **nu a fost spitalizat** Asigurătorul **plătește indemnizația** de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate, doar dacă incapacitatea **durează mai mult de 5 zile consecutive.**

- Dacă Asiguratul **a fost spitalizat**, Asigurătorul **plătește indemnizația** de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate temporară de muncă **începând cu prima zi de externare**, dacă asiguratul a fost **internat într-un spital pentru cel puțin 3 zile consecutive.** Pentru incapacități mai mici de 3 zile nu se va plăti indemnizația de asigurare.

5.2. În cazul în care **incapacitatea** temporară de muncă **începe în perioada de valabilitate** a poliței și se continuă **după expirare**, se vor acoperi până la maximum **15 zile de incapacitate după expirarea poliței**, în limita numărului de zile de incapacitate temporară acoperite, conform prevederilor din Polița de asigurare.

5.3. Pentru primele **30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări **sunt acoperite numai riscurile datorate în urma unui accident.** Perioada de așteptare nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

5.4. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază, următoarele:

- scrisoare medicală/adeverință medicală cu menționarea perioadei de incapacitate (pentru categorii speciale de asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.);
- copie după alte documente (declarație pe proprie răspundere că nu este angajat etc.), pentru categorii speciale de asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.;
- adeverință de la locul de muncă sau locul desfășurării ocupației declarate asigurătorului, care să ateste ocupația asiguratului la data accidentului și din care să rezulte perioada de incapacitate acordată acestuia;
- certificatul de concediu medical eliberat de medic având semnăturile, parafele medicilor (cel care l-a eliberat și cel care l-a avizat, dacă sunt diferiți) și ștampila unității medicale.

5.5. În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază, precum și următoarele:

- orice condiție preexistentă (doar pentru asigurările de viață de grup);
- incapacitatea temporară de muncă în perioada în care asiguratul se află în străinătate.
- incapacitatea temporară ca urmare a nașterii sau a oricărui eveniment legat de sarcină.
- incapacitatea temporară pentru tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale; asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă)

7. Teritorialitate

Prezenta asigurare acoperă riscurile asigurate produse în România.

8. Definirea termenilor

Concediu medical	interval de timp determinat, în care Asiguratul este scutit, în mod legal, de a se prezenta la locul de muncă și a presta activități profesionale, ca urmare a incapacității de muncă a acestuia, constatată prin Certificat de concediu medical emis de către un medic.
Incapacitate temporară	prejudiciere temporară a stării de sănătate ca urmare a unui accident sau a unei boli, caracterizată prin reducerea potențialului fizic, psihosenzorial sau

	intelectual pe o perioadă de timp limitată, care generează întreruperea desfășurării activităților, conform ultimei ocupații declarate Asiguratorului, anterior producerii riscului.
Indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară	suma de bani pe care Asiguratorul o plătește Asiguratului pentru fiecare zi de incapacitate temporară, conform prezentelor Condiții de asigurare.
Indemnizația de asigurare	suma de bani pe care Asiguratorul o plătește Asiguratului în cazul în care acesta este în incapacitate temporară de muncă. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară și numărul de zile de incapacitate, conform Condițiilor specifice de asigurare.
Spital	unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
Zi de spitalizare	staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.
Zile de incapacitate temporară	numărul de zile calendaristice pentru care Asiguratul este în incapacitate temporară de muncă, urmare directă a unui accident sau a unei boli

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **intervenția chirurgicală** efectuată Asiguratului **ca urmare directă a unui accident**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. **Indemnizația de asigurare** pentru **intervenții chirurgicale** se calculează conform **Baremului de indemnizare procentuală**, stabilit în funcție de **gradul de dificultate al acesteia**, în limita sumei asigurate pentru acest risc.
Asigurătorul va **plăti indemnizația de asigurare** cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident să se fi produs într-un termen de **cel mult 60 de zile** de la data accidentului, și nu mai mult de **30 de zile** de la data încetării asigurării la împlinirea termenului contractual. În situația încetării asigurării înainte de termen, din orice cauză, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident să se fi produs cel târziu în ultima zi de valabilitate a poliței stabilită potrivit rezilierii.
- 5.2. În cazul în care Asiguratul va fi supus mai multor intervenții chirurgicale pentru același accident, Asigurătorul

va plăti indemnizația de asigurare corespunzătoare intervenției chirurgicale cu cel mai ridicat grad de dificultate.

- 5.3. Prin prezenta asigurare suplimentară **sunt acoperite intervențiile chirurgicale, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive**, dar indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși **limita maximă de 100 de procente**.
- 5.4. În tabelul „Barem de indemnizare procentuală” sunt prezentate cele mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora. Orice procent de indemnizare nemenționat în prezentul barem, se va încadra prin asimilare.
- 5.5. În decursul unui an de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale, astfel:

Dificultate	Procent din suma asigurată	Dificultate	Procent din suma asigurată
FOARTE MARE	100%	MICĂ	25%
MARE	75%	FOARTE MICĂ	10%
MEDIE	50%		

- 5.6. Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 5.7. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul/ reprezentantul său legal trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază, următoarele (în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora):
 - a. copia foi de observație
 - b. biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a intervenției chirurgicale.
- 5.8. Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 5.9. În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau în lipsa acestora moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 5.10. Baremul de indemnizare procentuală este atașat prezentelor Condiții de asigurare.

Barem de indemnizare procentuală

Denumire acoperire	Procent din suma asigurată	Dificultate
CAP GÂT		
Lobectomie a creierului	100%	FOARTE MARE
Cranioplastie	75%	MARE
Intervenție chirurgicală pentru fractură craniană	75%	MARE
Intervenție chirurgicală pe creier sau meninge	75%	MARE
Neurostimulare a creierului	50%	MEDIE
Ventriculocisternostomie	50%	MEDIE
Operație plastică a buzelor (consecință a unui accident)	25%	MICA
Rezecția maxilarului	75%	MARE
Excizia totală a limbii	100%	FOARTE MARE
Glosectomie parțială	75%	MARE
OPERAȚII OTORINOLARINGOLOGICE		
Intervenție chirurgicală în urechea internă	75%	MARE
Reconstrucția completă a orbitei	100%	FOARTE MARE
Laringectomie	75%	MARE
Reconstrucție canal auditiv	50%	MEDIE
Rezecția laringelui	50%	MEDIE
Intervenție chirurgicală în urechea medie	50%	MEDIE

Excizia nasului	25%	MICĂ
Septoplastie (în urma unui accident)	25%	MICA
Repararea sinusului sfenoid	25%	MICĂ
Operații Oftalmologice		
Extirpare ochi	100%	FOARTE MARE
Dezlipire de retină	75%	MARE
Excizia leziunii conjunctivale	25%	MICĂ
Mici intervenții ale ochiului (conjunctivă, corneea, sutura pleoapei, îndepărtarea unui corp străin prin intervenție chirurgicală din straturile superficiale ale ochiului)	10%	FOARTE MICĂ
Extirparea leziunii de conjunctivă	25%	MICĂ
Incizie la nivelul conjunctivei	10%	FOARTE MICĂ
Operații de încovoiere pentru lipirea retinei	25%	MICĂ
Operații Neurochirurgicale		
Radicotomie spinală	75%	MARE
Operații de decompresie primară asupra coloanei vertebrale	50%	MEDIE
Excizie primară a unui disc intervertebral	50%	MEDIE
Microdiscectomie	75%	MARE
Drenaj de evacuare	25%	MICĂ
NERVI		
Grefă de nerv	75%	MARE
Neurectomie	75%	MARE
Neurosutura, neurorafie	75%	MARE
Operații Toracice		
Pneumectomie	100%	FOARTE MARE
Rezecția unui lob pulmonar	75%	MARE
Rezecție trahee	75%	MARE
Drenaj trahee	50%	MEDIE
Sutura diafragmului	50%	MEDIE
Traheostomie	25%	MICĂ
Pleuronomie	25%	MICĂ
Operație de mediastin și esofag	75%	MARE
Operație cord, aortă	100%	FOARTE MARE
Operații Abdomen		
Rezecție hepatică	75%	MARE
Pancreatectomie	75%	MARE
Rezecție totală de intestine subțiri sau colon	50%	MEDIE
Rezecție peritoneu	50%	MEDIE
Excizie totală de splină	75%	MARE
Excizie -abces hepatic	50%	MEDIE
Excizie deschisă de leziune de colon	50%	MEDIE
Intervenții de refacere a peretelui abdominal (eventratie, hernie)	50%	MEDIE
Repararea primară a unei hernii inghinale	50%	MEDIE
Repararea primară a unei hernii femurale	50%	MEDIE
Operații Ortopedice		
Fixarea pe cale chirurgicală a fracturii de coloană vertebrală	100%	FOARTE MARE
Artroplastie a unei articulații mari	75%	MARE
Osteosinteză os scurt	50%	MEDIE
Osteosinteză os lung	75%	MARE
Excizie primară a unui disc intervertebral lombar	50%	MEDIE
Excizie rotulă	50%	MEDIE

Intervenții chirurgicale ale oaselor membrelor (implantarea de șuruburi, plăci, îndepărtarea oaselor, completarea oaselor)	50%	MEDIE
Extensii cu tijă transosoasă	25%	MICĂ
Înlocuirea protetică a osului	25%	MICĂ
Reducția pe cale închisă a unei fracturi de os și fixarea internă	25%	MICĂ
Reducția pe cale închisă a unei fracturi a osului lung și fixarea internă flexibilă	25%	MICĂ
Reducția primară pe cale deschisă a dislocării traumatice a unei articulații	25%	MICĂ
Reducția pe cale închisă a unei fracturi de os și fixarea externă	25%	MICĂ
Puncționarea terapeutică a osului, perforarea terapeutică a osului nespecificată în altă parte	10%	FOARTE MICĂ
Osteosinteza oase lungi	75%	MARE
Osteosinteza oase scurte	50%	MEDIE
Operație menisc	50%	MEDIE

AMPUTĂRI

De la umăr	75%	MARE
De la braț	75%	MARE
De la cot	75%	MARE
De la antebraț	75%	MARE
De la carpus	50%	MEDIE
De la articulația șoldului	75%	MARE
De la coapsă	75%	MARE
De la tibie	75%	MARE
De la gleznă	75%	MARE
De la metatars	50%	MEDIE
De la degete	50%	MEDIE

TENDOANE ȘI LIGAMENTE

Excizia unui tendon, excizia leziunii de tendon	25%	MICĂ
Tenotomie	25%	MICĂ
Sutura tendoanelor	25%	MICĂ
Ligamentoplastie	50%	MEDIE

OPERĂȚII UROLOGICE

Substituirea ureterului	100%	FOARTE MARE
Reconstrucție post traumatică a vezicii urinare	75%	MARE
Nefrectomie totală	75%	MARE
Nefrectomie parțială	50%	MEDIE
Sutură uretrală	50%	MEDIE
Sutura vezicii urinare	50%	MEDIE
Sutură renală	50%	MEDIE
Amputare de penis	75%	MARE
Incizie scrot	10%	FOARTE MICĂ

OPERĂȚII GINECOLOGICE

Rezolvarea chirurgicală a rupturii uterine	75%	MARE
Excizia totală a vulvei	25%	MICĂ
Rezolvarea chirurgicală a leziunilor vulvei	25%	MICĂ

PIELE ȘI ȚESUTUL SUBCUTANAT

Grefă pedunculară	50%	MEDIE
Transplant de piele, grefă simplă	25%	MICA
Sutura plăgi	25%	MICA
Debridare, Sutura contuziilor	10%	FOARTE MICĂ

6. Excluderi

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

- o. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- p. procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- q. afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii cauzate de accident;
- r. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor accidentului;
- s. afecțiunile superficiale și manevrele de la nivelul: pielii, conjunctivei, corneei, intranazal (incizii, excizii, sutură) efectuate fără spitalizare;
- t. oricare investigații invazive inclusiv tehnicile de diagnosticare sau preoperatorii;
- u. tentativa de sinucidere sau de autorânire a **asiguratului**, indiferent de starea sa de rațiune.

7. Definirea termenilor

Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin prezenta poliță și care duce la o nouă intervenție chirurgicală.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care noi o plătim ca urmare a intervenției chirurgicale suferite de Asigurat, conform Condițiilor speciale de asigurare.
Intervenție chirurgicală	Orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra persoanei asigurate, de către un medic chirurg și considerată necesară de către un medic specialist, procedură efectuată inclusiv prin utilizarea unor metode alternative mai puțin invazive precum laser, radiofrecvență, embolizare, acțiune curativă prin intermediul unui endoscop sau alte tehnici care nu implică obligatoriu o incizie, procedură care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale, pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de persoana asigurată, ca urmare a consecințelor unui accident sau ale unei boli și care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății.
Recidivă	reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau intervenția chirurgicală recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi intervenții chirurgicale.
Spital	unitate organizată/ înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **intervenția chirurgicală** efectuată Asiguratului **ca urmare directă a unui accident sau a unei boli**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul** va plăti **indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. **Indemnizația de asigurare** pentru **intervenții chirurgicale** se calculează conform **Baremului de indemnizare procentuală**, stabilit în funcție de **gradul de dificultate al acesteia**, în limita sumei asigurate pentru acest risc.
Asigurătorul va **plăti indemnizația de asigurare** cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident să se fi produs într-un termen de **cel mult 60 de zile de la data accidentului/ diagnosticării bolii** și nu mai mult de **30 de zile de la data încetării asigurării** la împlinirea termenului contractual. În situația încetării asigurării înainte de termen, din orice cauză, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare cu condiția ca intervenția chirurgicală să se fi produs cel târziu în ultima zi de valabilitate a poliței stabilită potrivit rezilierii.
- 5.2. Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări sunt acoperite numai riscurile datorate în urma **unui accident**. **Perioada de așteptare** nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită.

Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

- 5.3. În cazul în care Asiguratul va fi supus mai multor intervenții chirurgicale pentru același accident/ boală, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare corespunzătoare intervenției chirurgicale cu cel mai ridicat grad de dificultate.
- 5.4. Prin prezenta asigurare suplimentară **sunt acoperite intervențiile chirurgicale, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive**, dar indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși **limita maximă de 100 de procente**.
- 5.5. În tabelul „Barem de indemnizare procentuală” sunt prezentate cele mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora. Orice procent de indemnizare nemenționat în prezentul barem, se va încadra prin asimilare.
- 5.6. În decursul unui an de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale, astfel:

Dificultate	Procent din suma asigurată	Dificultate	Procent din suma asigurată
FOARTE MARE	100%	MICĂ	25%
MARE	75%	FOARTE MICĂ	10%
MEDIE	50%		

- 5.7. Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuială proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 5.8. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază, următoarele:
 - c. copia foi de observație;
 - d. biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a intervenției chirurgicale.

Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maximum 30 zile de la data eliberării acestora.
- 5.9. În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau în lipsa acestora moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 5.10. Baremul de indemnizare procentuală este atașat prezentelor Condiții de asigurare.

Barem de indemnizare procentuală

Cap-Gât

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

Operații otorinolaringologice

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

Intervenție chirurgicală în urechea medie	MEDIE	Turbinotomie	MICĂ
Traheotomie	MEDIE		

Operații oftalmologice

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

Operații neurochirurgicale

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

Nervi cranieni

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

Nervi periferici

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

Măduva spinării și coloana vertebrală

Cordotomie	MARE	Tumori ale măduvei spinării	MARE
Laminectomie	MARE	Rizotomie	MEDIE
Discectomia	MARE		

Operații toracice

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

Vene

Hipertensiune portală (Anamostoza porto-cavă)	FOARTE MARE	Hipertensiune portală (Operație Berema - Crill)	FOARTE MARE
Hipertensiune portală (Anamostoza Splenorenală)	FOARTE MARE	Intervenția pentru varice hidrostatice	MEDIE

Abdomen

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

Ficat și căi biliare

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

Pancreas

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

Splină - suprarenale

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

Sistemul simpatic

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

Ganglioni și glande limfatice

Rezecția “en block” a ganglionilor și glandelor limfatice din zona axilei sau inghinală	MARE
---	------

Operații urologice

Pieloplastie	FOARTE MARE	Amputarea penisului (totală sau parțială)	MARE
Cistotomie suprapubică	FOARTE MARE	Orchiectomie - Epididimectomie - Extirparea chistului unui vas deferent	MEDIE
Cistectomie totală (cu transplant de uretere)	FOARTE MARE	Cistectomie parțială	MEDIE
Pielotomie cu extracția calculilor renali	MARE	Hidrocel	MEDIE
Ureterotomie cu extracția calculilor ureterali	MARE	Varicocel	MEDIE
Nefrostomie	MARE	Rezecția calculilor vezicii urinare prin operație	MEDIE
Transplant de uretere	MARE	Ureterosopia (tratament litiază renală)	MEDIE
Rezecția unui diverticul al vezicii urinare	MARE	Peritomie	MICĂ
Prostatectomie	MARE		

Sân

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

Operații ginecologice

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

Piele și țesuturi cutanate și subcutanate

Intervenție chirurgicală pentru tumorile maligne (melanom și carcinom)	MARE	Sinus pilonidal	MICĂ
Grefă pedunculară	MEDIE	Transplant de piele, grefă simplă	MICĂ
Rezecția unei tumori benigne a pielii sau a țesuturilor subcutanate	MICĂ	Sutură plăgi (postraumatică)	MICĂ
Rezecția unor mici procese inflamative	MICĂ	Incizia și drenajul inflamațiilor, sutura contuziilor	FOARTE MICĂ

Diverse

Anastomoze arteriovenoase (Șunt)	MARE	Transplant de măduvă	FOARTE MARE
----------------------------------	------	----------------------	-------------

Tendoane și ligamente

Ligamentoplastie	MEDIE	Tenotomie	MICĂ
Transplant de tendoane	MEDIE	Sutura tendoanelor	MICĂ

Operații ortopedice

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

Membre superioare

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

Membre inferioare

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

Amputări

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

6. Excluderi

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

- orice condiții preexistente (doar pentru asigurările de viață de grup);
- procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- chirurgia plastică și reparatorie, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor accidentului;
- chirurgia estetică, implantologia;
- afecțiunile superficiale și manevrele de la nivelul: pielii, conjunctivei, corneei, intranazal (incizii, excizii, sutură) efectuate fără spitalizare;
- afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii în urma accidentului;
- oricare investigații invazive inclusiv tehnicile de diagnosticare sau preoperatorii;
- accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul conceperii unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fatului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de

motivatia solicitarii/ efectuării acestora - prevenire, screening, investigare, monitorizare și/ sau tratament, cu excepția cazului în care a fost cauzată în mod direct de un accident;

- i. tentativa de sinucidere sau de autorânire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune;
- j. bolile congenitale;
- k. bolile cu transmitere sexuală;
- l. donarea de organe și transplantul voluntar și/ sau tratamentele aferente donării/ transplantului voluntar.

7. Definirea termenilor

Complicație	orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin prezenta poliță și care duce la o nouă intervenție chirurgicală.
Indemnizație de asigurare	suma de bani pe care noi o plătim ca urmare a intervenției chirurgicale suferite de Asigurat, conform Condițiilor speciale de asigurare.
Intervenție chirurgicală	Orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra persoanei asigurate, de către un medic chirurg și considerată necesară de către un medic specialist, procedură efectuată inclusiv prin utilizarea unor metode alternative mai puțin invazive precum laser, radiofrecvență, embolizare, acțiune curativă prin intermediul unui endoscop sau alte tehnici care nu implică obligatoriu o incizie, procedură care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale, pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de persoana asigurată, ca urmare a consecințelor unui accident sau ale unei boli și care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății.
Persoana dependentă	poate fi soțul sau soția Asiguratului sau copiii lor necăsătoriți până la împlinirea vârstei de 18 ani. Pentru acoperirea unei persoane dependente, aceasta trebuie să îndeplinească condițiile de eligibilitate, conform reglementărilor noastre, iar asigurarea să fie acceptată de Asigurător.
Recidivă	reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau intervenția chirurgicală recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi intervenții chirurgicale.
Spital	unitate organizată/ înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU FRACTURI PRODUSE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat reprezintă **fracturile suferite de Asigurat în urma unui accident, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări** suplimentare, caz în care Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. **Indemnizația de asigurare** se calculează conform **Baremului de indemnizare procentuală**, stabilit în funcție de gravitatea și tipul fracturii, în limita sumei asigurate pentru acest risc.
- 5.2. În cazul în care există **fracturi ale unor segmente osoase diferite**, ca urmare a **aceluiași accident**, **indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși limita maximă de 100 de procente**.
- 5.3. Pentru **fracturi cominutive** se aplică o **majorare cu 25% a indemnizației de asigurare** corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare pentru fiecare caz în parte.
- 5.4. Pentru **fracturi care necesită intervenție chirurgicală, osteosinteză sau grefă**, se aplică o **majorare cu 50% a indemnizației de asigurare** corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare.
- 5.5. **Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare**, Asiguratul trebuie **să prezinte specific față de documentele** prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază următoarele: copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a acordării

5.6. Asigurătorul va aprecia cuantumul obligației de plată a indemnizației de asigurare în funcție de documentele constitutive ale dosarului de daună și în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea riscului asigurat.

5.7. **Fracturile vor fi evaluate** de către Asigurător, **pe baza documentelor medicale** puse la dispoziția sa de către Asigurat sau reprezentanții acestuia și al **Baremului de indemnizare procentuală**, prezentat în continuare:

Tipul de fractură	Procent de indemnizare
Fractură a unui singur os	
Claviculă, omoplat, radius, ulna	15%
Coccis, tarsian, metatarsian, carpian, metacarpian	10%
Femur	40%
Tibie, fibulă, humerus	25%
Falangă, coastă (doar pentru un fragment)	5%
Maxilar inferior	20%
Rotulă	15%
Stern, piramidă nazală	10%
Vertebră, proces transversal	5%
Craniu	20%
Fractură a cel puțin două oase	
Carpie, metacarpie, tarsie, metatarsie	15%
Gambă (tibie și fibulă)	30%
Antebraț (radius și ulnă)	20%
Pelvis (fără tracțiune)	20%
Falange, coaste (de la două fragmente în sus)	10%
Pelvis (cu tracțiune)	30%
Oase bazin	30%
Tasare corpuri vertebrale	35%
Bază craniu	50%

- 5.8. Orice **alt tip de fractură** neprevăzut în Baremul de indemnizare procentuală, **se va încadra prin asimilare** în funcție de tipul fracturii respective.
- 5.9. În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

- fractura nu a fost determinată direct de un accident așa cum este el definit în condițiile generale;
- evenimentele produse sau influențate de malformațiile congenitale sau complicațiile/bolile cauzate de anomaliile congenitale;
- fracturile patologice, în cazul în care condiția medicală care a generat fractura patologică (osteoporoză, displazie, tumoră, infecție etc.) a fost diagnosticată înainte de intrarea în valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.

Fraktură discontinuitatea osului provocată de acțiunea accidentală prin traumatism

direct asupra osului.

Fractură cominutivă	fractură care se caracterizează prin prezența a mai mult de două fragmente osoase.
Osteosinteză	procesul de fixare a fragmentelor unui os fracturat cu ajutorul șuruburilor, agrafelor, plăcilor cu șuruburi, cuielor, broșelor sau oricărui alt mijloc mecanic.
Grefă	procedeul chirurgical prin care se înlocuiește material osos lipsă din corpul pacientului cu un substitut artificial, sintetic sau natural.
Intervenție chirurgicală	procedură medicală efectuată în scop terapeutic, considerată necesară din punct de vedere medical pentru evitarea agravării stării de sănătate a asiguratului determinate de consecințele unui accident asupra acestuia, care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății și care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU ARSURI PRODUSE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat reprezintă **arsurile suferite de Asigurat în urma unui accident**, pentru care **a necesitat asistență/îngrijire medicală de specialitate**, produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care Asigurătorul **va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, **dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă**.
- 2.2. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară **se încheie odată cu asigurarea de bază** sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse acelorași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. **Indemnizația de asigurare** se calculează conform **Baremului de indemnizare procentuală**, stabilit în funcție de gravitatea arsurii, în limita sumei asigurate pentru acest risc.
- 5.2. **Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte** specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază următoarele: copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a acordării de asistență medicală.
- 5.3. Arsurile vor fi evaluate de Asigurător, pe baza **documentelor medicale** puse la dispoziție de către Asigurat sau reprezentanții acestuia și al **Baremului de indemnizare procentuală**, prezentat în continuare:

Barem de indemnizare procentuală

Gradul arsurii	% indemnizare arsuri de gr. III și IV	% indemnizare arsuri de gr. II
Arsuri care acoperă 30% sau mai mult din suprafața corporală	100%	100%
Arsuri care acoperă 15% până la 30% din suprafața corporală	50%	50%
Arsuri care acoperă 10% până la 15% din suprafața corporală	30%	25%
Arsuri care acoperă 5% până la 10% din suprafața corporală	15%	8%

- 5.4. Orice **alt tip de arsură** neprevăzută în Baremul de indemnizare procentuală **se va încadra prin asimilare** în funcție de gradul arsurii respective.
- 5.5. În cazul **decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației** de asigurare, aceasta **va fi plătită Beneficiarilor** desemnați sau, în lipsa acestora, **moștenitorilor** stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

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

- arsura de gradul I;
- arsura nu a fost determinată direct de un accident așa cum este el definit în condițiile generale;
- expunerea voluntară la radiațiile solare naturale sau artificiale.

7. Definirea termenilor

Arsură	leziune cutanată provocată de acțiunea accidentală a unor agenți externi (foc, căldură, radiații, electricitate, substanțe chimice etc.).
--------	---

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA PENTRU BOLI PROFESIONALE

1. Informații introductive

- 1.1. Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2. Contractantul/Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3. Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. Riscul asigurat este **prima diagnosticare cu o boală profesională care poate produce decesul sau invaliditatea permanentă a Asiguratului**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2. Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.
- 3.2. Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează conform **capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare** din Condițiile generale.

4. Prima de asigurare

- 4.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurator pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2. Frecvența, modalitatea de plată a primei și moneda plății aferente acestei asigurări suplimentare sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 4.3. Neplata primei de asigurare aferente acestei asigurări suplimentare, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1. **Indemnizația de asigurare** se va plăti de către Asigurator până la 100% din suma asigurată pentru boli profesionale, astfel:
 - În caz de **deces ca urmare a unei boli profesionale**, constatat în cel mult **1 an** de la data declarării bolii profesionale se va plăti indemnizația de deces care este egală cu suma asigurată pentru deces.
 - În caz de **invaliditate permanentă ca urmare a unei boli profesionale**, Asiguratorul va plăti până la 100% din suma asigurată, conform procentajelor stabilite prin Baremul procentual de indemnizare.
- 5.2. Asiguratorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea

diagnosticării bolii grave/ efectuării intervenției chirurgicale.

- 5.3. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază, următoarele:
 - a. adeverință de înregistrare a bolii profesionale de la Inspectoratul de Poliție sanitară și medicină preventivă și Inspectoratul pentru protecția muncii, care să ateste boala profesională precum și factorul nociv care a declanșat-o;
 - b. Certificat medical care să cuprindă diagnosticul precis stabilit de medicii de specialitate;
 - c. adeverință de la locul de muncă care să ateste ocupația Asiguratului la data producerii accidentului, precum și durata totală de muncă în mediul nociv care a declanșat boala profesională.
- 5.4. Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare numai dacă declararea bolii profesionale s-a făcut pentru prima dată în perioada asigurată. Astfel, indemnizația de asigurare se va calcula pe baza unui procent din suma asigurată pentru boli profesionale, procent care reprezintă raportul dintre perioada asigurată până la momentul declarării bolii profesionale și perioada totală lucrată de către Asigurat în mediul nociv care a determinat apariția bolii profesionale.
- 5.5. În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului Asigurat, este incompletă, acesta va trimite prin poștă o adresă prin care va solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, Asigurătorul nu poate determina cauzele și consecințele producerii riscului Asigurat, acesta își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 5.6. Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare cuvenită, aferentă acestei asigurări, aceasta va fi plătită Beneficiarului în caz de deces al Asiguratului.
- 5.7. Orice consecință a unei boli profesionale care nu este menționată în acest barem, se va încadra prin asimilare și în conformitate cu legislația în vigoare.

Barem de indemnizare procentuală

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ	Procente de indemnizare
Pierdere completă a vederii la un ochi	50%
Pierdere totală a facultății vizuale a unui ochi	50%
Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%
Cecitate sau enucleere unilaterală	50%
Pierdere 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%
Pierdere totală a unui plămân	50%
Pierdere totală a unui rinichi	30%
Pierdere totală a splinei	10%
Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare	40%

Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice	20%	
A membrelor superioare	dreapta	stânga
Pierdere completă a antebrațului sau mâinii	60%	50%
Pierdere totală a membrului superior (mâinii)	70%	60%
Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului	25%	20%
Pierdere totală a palmei sau antebrațului	60%	50%
Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii	20%	15%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic)	15%	12%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a degetului arătător	15%	10%
Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic	10%	8%
A membrelor inferioare		
Pierdere completă a piciorului	50%	
Pierdere totală a unui picior (laba piciorului)	40%	
Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele	30%	
Pierdere totală a oricărui deget de la picior	3%	
Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi	50%	
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului	60%	
Pierdere totală a degetului mare de la picior	5%	
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare	3%	
Fractură nesudată a tibiei sau peroneului	25%	
Fractura nesudată a rotulei	20%	
Fractură nesudată a oaselor tarsului	15%	

Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau a genunchiului	20%
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri	15%

6. Excluderi

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

- orice condiție preexistentă (doar pentru asigurările de viață de grup);
- bolile profesionale, apărute în **primele 3 luni** de la intrarea în vigoare a Contractului de asigurare;
- bolile profesionale, altele decât cele strict legate de activitatea profesională declarată în momentul încheierii Contractului de asigurare;
- procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- bolile profesionale, altele decât cele prevăzute de legislația privind protecția muncii în vigoare;
- bolile profesionale, altele decât cele declarate de către organul în drept (Inspectoratul de Poliție sanitară și medicină preventivă și Inspectoratul de stat pentru protecția muncii), encefalite, substanțe toxice, medicamentoase, etilismului cronic sau unui traumatism craniocerebral;

7. Definirea termenilor

Boală profesională	afecțiune care se produce ca urmare a exercitării unei ocupații sau profesii, cauzată de factori nocivi fizici, chimici sau biologici, caracteristici locului de muncă, precum și de suprasolicitarea diferitelor organe sau sisteme ale organismului în procesul de muncă.
--------------------	---

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE BOLI GRAVE

1. Informații introductive

- 1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2 Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3 Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat este **prima diagnosticare cu o boală gravă sau intervenție chirurgicală ca urmare a producerii unui accident sau îmbolnăvire**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Bolile grave și intervențiile chirurgicale acoperite sunt următoarele:

Pachetul I:

- cancer/ tumoră malignă
- accident vascular cerebral
- infarct miocardic
- scleroză multiplă
- boala neuronului motor
- boala Parkinson
- intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian
- transplant de organe
- intervenție chirurgicală de schimbare de valve la nivelul inimii
- alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv grefă aortă)

Pachetul II acoperă, în plus față de Pachetul I și următoarele:

- insuficiența renală
- infecția cu HIV prin transfuzii
- infecția ocupațională cu virusul HIV
- boala Alzheimer
- intervenție chirurgicală pentru implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil
- intervenție chirurgicală de tip prostatectomie radicală
- intervenție chirurgicală de tip histerectomie totală
- intervenție chirurgicală de tip mastectomie simplă sau radicală

- 2.3 Orice alte boli grave/ intervenții chirurgicale care nu se încadrează în definițiile de mai jos nu sunt acoperite prin prezenta asigurare suplimentară.
- 2.4 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/ reînnoirea

Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.

- 3.2 Prezenta asigurare suplimentară începe și încetează **conform capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare din Condițiile generale.**

4. Prima de asigurare

- 4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate și suma asigurată.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 În cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, **Asigurătorul va plăti suma asigurată specifică acestei asigurări, menționată în Polița de asigurare. Indemnizația de asigurare se va plăti Asiguratului doar o dată pe perioada unui an de asigurare, respectiv la prima diagnosticare** a unui risc asigurat.
- 5.2 Asiguratul are obligația de a ne anunța, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile de la momentul producerii riscului asigurat.
- 5.3 **Dacă decesul Asiguratului survine în Perioada de supraviețuire de 30 zile** de la confirmarea diagnosticului de boală gravă, **nu se acordă indemnizația de asigurare.**
- 5.4 **Pentru primele 3 luni** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări **nu se acordă indemnizația de asigurare (pentru cancer/ tumori maligne există o perioadă de așteptare de 6 luni).** Perioada de așteptare nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.
- 5.5 **Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte** specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază, următoarele:
- a. scrisoare medicală din partea unui medic specialist prin care se atestă existența unei boli grave și/ sau necesitatea efectuării unei anumite intervenții chirurgicale acoperite prin prezenta asigurare;
 - b. alte documente care să ateste împrejurările producerii evenimentului și dobândirea invalidității.
- 5.6 În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, vom trimite o adresă prin care vom solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, nu putem determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, ne rezervăm dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 5.7 Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea diagnosticării bolii grave/ efectuării intervenției chirurgicale.
- 5.8 **Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației** de asigurare cuvenită aferentă acestei asigurări, **aceasta va fi plătită Beneficiarului** în caz de deces al Asiguratului sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru această asigurare suplimentară se aplică **excluserile specificate în Condițiile generale ale asigurării de bază.** De asemenea, nu intră sub incidența protecției prin prezenta asigurare, **situațiile de mai jos, precum și consecințele lor directe sau indirecte:**

- a. orice condiție preexistentă;
- b. tentativa de sinucidere sau de autorânire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune;
- c. procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;

- d. bolile congenitale;
- e. HIV/ SIDA, cu excepția infectării cu virusul HIV ca urmare a unei transfuzii sangvine și infecției ocupaționale cu HIV;
- f. cancer/ tumoră malignă: simptome/ boli care pot fi considerate condiție pre-cancerigenă, și anume papilom al vezicii urinare, polipoza la nivelul colonului, boala Crohn, colita ulcerativă indiferent de etiologie, hematurie, melena, hemoptizie, adenopatii limfatice, splenomegalie; tumorile cu modificări pre-maligne de tip carcinom (inclusive displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3 *) sau tumori a căror descriere histopatologică este de tip premalign; melanoamele cu grosime – determinată prin examen histopatologic – mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark; hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii; carcinoamele scuamo-celulare ale pielii, cu excepția situației în care invazia (metastazarea) s-a extins către alte organe; sarcomul Kaposi și alte carcinoame asociate infecției HIV; cancerul de prostată care histopatologic este clasificat TNM** ca T1 (inclusiv T1a sau T1b, dar nu T1c) sau forme de cancer care sunt echivalente acestora sau inferioare ca și clasificare; cancerul de colon descris histopatologic ca stadiu A de cancer de colon după clasificarea Dukes; orice tumoră a pielii sau aflată în prezența virusului HIV sau SIDA;
- g. *CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia = Neoplasm Cervical Intraepithelial;
- h. **TNM = Tumoră, Nodul, Metastază = Clasificarea cancerelor după mărime, interesare ganglionară și metastaze;
- i. accident vascular cerebral (AVC): atac ischemic tranzitor (AIT) sau orice accident tranzitor și care este lent reversibil; deficit ischemic neurologic extins și reversibil; alterări ischemice ale sistemului vestibular; deficit neurologic ischemic reversibil; hemoragie cerebrală provocată de leziuni traumatice, post traumatice sau hipoxie; hemoragie cerebrală datorată unei tumori cerebrale; hemoragie cerebrală provocată de complicații după chirurgia vasculară cerebrală; tulburări vizuale datorate malformației unei artere cerebrale; alte accidente cardiovasculare cu simptome similare cu accidentele vasculare cerebrale; simptome de migrenă; afecțiuni vasculare care afectează ochiul sau nervul optic; boli care afectează în plan secundar sistemul nervos (central sau periferic); boli congenitale ale sistemului nervos; accidentul vascular vechi, descoperit întâmplător la o examinare imagistică;
- j. infarct miocardic: toate tipurile de angină incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal;
- k. intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian: tehnicile tip angioplastie, tratament laser sau alte proceduri similare care nu necesită intervenție chirurgicală pe cord deschis;
- l. transplant de organe: transplant de organe de proveniență animală; transplantul în calitate de "donor"; organe modificate genetic; dacă anterior a existat o reacție de respingere pentru alt organ (înlocuire); experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă; orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante; transplantul selectiv al celulelor Langerhan ale pancreasului, nu este acoperit de prezenta asigurare suplimentară;
- m. scleroza multiplă: 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 șase luni sunt excluse;
- n. alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv grefă aortă): intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis: angioplastie, angioplastia percutană transluminală coronariană, stent coronarian; intervențiile chirurgicale care folosesc cateter, de exemplu valvuloplastie percutană cu balonaș; orice alte intervenții chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis sau laparotomiei;
- o. boala Parkinson: sindroame tip Parkinson asociate unor tratamente cu medicație psihotrofică, encefalite, boli neurologice degenerative, sau care imită boala Parkinson (ex. tremur al degetelor sau picioarelor), precum și formele induse de cauze toxice, consumul de alcool sau medicamente;
- p. insuficiența renală: hemodializa în situația unei insuficiențe renale acute sau orice caz de hemodializă nonpermanentă; insuficiența unui singur rinichi; afecțiunea asiguratului cu indicația de transplant renal anterioară datei de intrare în valabilitate a prezentei asigurări sau sub tratament cronic de hemodializă sau asigurat înregistrat pe orice listă de așteptare pentru un transplant de organ; orice stadiu de afecțiune renală care necesită dializă temporară;
- q. boala Alzheimer: demența/ pierderea progresivă a memoriei apărută în cadrul altor boli psihice, tulburări de comportament (halucinații, anxietate) asociate unor boli psihice (depresie, sindrom maniac-depresiv, schizofrenie, parafrenie etc.) tulburări de memorie/ deteriorarea funcției psihice datorate unor encefalite,

- substanțe toxice, medicamentoase, etilismului cronic sau unui traumatism craniocerebral;
 r. infecția cu HIV prin transfuzii: pacienții diagnosticați cu hemofilie, înainte sau după intrarea în asigurare.

7. Definirea termenilor

Perioada de așteptare	perioadă de timp de trei luni, calculată de la data intrării în valabilitate a prezentei asigurări, în care nu se acordă indemnizația de asigurare (pentru cancer/ tumori maligne există o perioadă de așteptare de șase luni).
Perioada de supraviețuire	perioada de 30 zile de la confirmarea diagnosticului de boală gravă.
BOLI GRAVE	
Cancer/ tumoră malignă	afecțiune medicală care constă în prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, indiferent de localizare, inclusiv leucemia, limfoame și boala Hodgkin, caracterizată prin înmulțirea necontrolată a celulelor maligne diagnosticată de către un medic specialist oncolog. Această categorie va include și metastazarea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului normal. Diagnosticul complet trebuie confirmat în scris de către un medic specialist oncolog. Această categorie va cuprinde inclusiv metastazele, indiferent de stadiu și de punctul de plecare. Melanoamele maligne sunt incluse în această acoperire, în cazul în care tumoarea este mai mare sau egală cu pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm grosime verticală, cu ulceratii sau nivelul Clark IV/V). Data obținerii diagnosticului va fi reprezentată de data obținerii unui diagnostic definitiv în urma efectuării examenului histopatologic.
Accident vascular cerebral	orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 ore și include modificări ale țesutului cerebral de tip: infarct al țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral, având cauza afecțiuni extracraniene. Afecțiunea va fi recunoscută ca și boală gravă numai după trecerea a cel puțin trei luni de existență a unui deficit neurologic permanent de la data producerii riscului asigurat. Diagnosticul initial, precum și cel ce statuează deficitul neurologic trebuie confirmate în scris de către un medic specialist neurolog.
Infarct miocardic	afecțiune cardiovasculară, din categoria "Cardiopatiilor Ischemice" care evidențiază 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 irigației insuficiente a teritoriului cardiac respectiv. Diagnosticul trebuie să arate:simptome clinice sugestive și modificări pe EKG ce confirmă diagnosticul, creșterea specifică a enzimei cardiace CK-MB, creșterea specifică a troponinei sau dovezi imagistice de ischemie globală sau segmentară sau modificări specifice în dinamică ale biomarkerilor cardiaci. Diagnosticul trebuie confirmat în scris de către un medic specialist cardiolog.
Scleroza multiplă	afecțiune caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau măduva spinării și care se manifestă prin sindroame neurologice specifice de demielinizare a creierului, nervului optic și/ sau măduvei spinării. Afecțiunea va fi recunoscută ca boală gravă, dacă există leziunile nervoase specifice, disfuncțiile neurologice cu o durată mai mare de șase luni, iar asiguratul prezintă minimum două episoade diferite de acutizare sau cu interval de minimum 24 de ore între ele. Diagnosticul și evoluția bolii trebuie confirmată în scris de către un medic specialist neurolog.
Boala neuronului motor	boală neurologică de etiologie necunoscută caracterizată prin degenerarea progresivă a tractelor corticospinale și a celulelelor nervoase localizate în

	coarnele anterioare ale măduvei spinării și a neuronilor bulbari aferenți. Afecțiunea va fi recunoscută ca boală gravă dacă examenul obiectiv va evidenția atrofia musculară spinală, paralizie bulbară progresivă, scleroză laterală aminotrofică și scleroza laterală primară. Diagnosticul bolii, precum și evoluția ei ca boală progresivă și ireversibilă trebuie confirmate în scris de către un medic specialist neurolog.
Boala Parkinson	boală a sistemului nervos central de tip degenerativ. Va fi recunoscută ca boală gravă numai forma idiopatică, nu și formele induse de cauze toxice sau medicamentoase (sindroame parkinsoniene). Stadiul grav va fi definit de faptul că asiguratul nu mai poate îndeplini singur și fără ajutor minimum trei activități zilnice, curente: îmbăiere, îmbrăcare, utilizarea toaletei, hrănire, mutarea în/ din pat sau scaun etc. Diagnosticul bolii și stadiul de evoluție sechelară trebuie confirmate în scris de către un medic specialist neurolog.
Insuficiența renală	pierderea ireversibilă a funcției ambilor rinichi ca ultim stadiu al unei suferințe renale, și care impune înregistrarea asiguratului într-un regim de dializă renală cronică, regulat, cel puțin o dată pe săptămână, sau recomandarea de efectuare a intervenției chirurgicale de transplant renal. Diagnosticul bolii trebuie confirmat în scris de către un medic specialist nefrolog.
Infecția cu HIV prin transfuzii	infecțarea cu virusul HIV dovedită ca fiind rezultatul unei transfuzii sanguine efectuate pe durata de valabilitate a asigurării suplimentare, transfuzie efectuată la recomandarea unui medic și sub supraveghere medicală, în centre medicale abilitate. Pentru ca infecția cu HIV să fie considerate boală gravă, diagnosticul trebuie să confirme că starea sănătății asiguratului pune în pericol viața acestuia și că orice metodă de tratament a eșuat.
Infecția ocupațională cu HIV	infecțarea cu virusul HIV dovedită ca fiind rezultatul unui accident la locul de muncă în maximum șase luni de la producerea accidentului. Orice accident la locul de muncă ce se poate solda cu infecțarea cu HIV trebuie să ne fie raportat în termen de cinci zile de la producerea acestuia. Înștiințarea trebuie să fie însoțită și de un buletin de analiză efectuat anterior evenimentului care să ateste faptul că asiguratul nu era anterior infectat (test negativ de anticorpi HIV). Diagnosticul ce atestă accidentul, precum și infecțarea cu HIV în timpul accidentului trebuie să fie confirmat de către un medic specialist.
Boala Alzheimer	afecțiune de etiologie necunoscută care se manifestă prin deteriorarea sau pierderea capacității intelectuale sau un comportament anormal, ireversibil. Diagnosticul se va confirma pe baza următoarelor criterii: examen clinic, chestionare și teste standardizate care atestă reducerea semnificativă a funcțiilor mentale și sociale și necesită supravegherea permanentă a vieții asiguratului. Diagnosticul trebuie confirmat de către medicul specialist neurolog. Diagnosticul fără echivoc trebuie stabilit înainte de vârsta de 60 de ani pentru a fi acoperit de prezenta asigurare.

INTERVENȚII CHIRURGICALE

Intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian	intervenție chirurgicală recomandată de un medic specialist și avizat (chirurg cardiovascular) pentru a corecta stenoza sau ocluzia arterei coronare prin introducerea unei grefe de tip by-pass în scopul limitării simptomelor de tip anginos, ca urmare a unui diagnostic de cardiopatie ischemică. Afecțiunea cardiacă trebuie să fi fost diagnosticată după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare, pe baza unui diagnostic de certitudine al afectării coronariene, susținut de rezultatul unei coronarografii preoperatorii și pe baza unei recomandări exprese din partea medicului specialist cardiolog. Intervenția
--	--

	chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
Transplant de organe	intervenție chirurgicală care constă în transplantarea prin poziționare și fixare chirurgicală de organe, primite de la un donator viu sau aflat în moarte clinică, în organismul asiguratului, considerat a fi primitor, în baza compatibilității antigenice demonstrate. Se pot transplanta următoarele organe: inima, plămâni, rinichi, pancreas, plămân, ficat, cristalin sau măduvă osoasă. Această manoperă chirurgicală, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a asiguratului. Afecțiunea care duce la recomandarea efectuării transplantului de organe trebuie să fi fost diagnosticată după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
Intervenție chirurgicală de schimbare de valve la nivelul inimii	intervenție chirurgicală pe cord deschis ce constă în înlocuirea sau repararea valvelor cardiace (mitrale sau aortice) ca urmare a unor afecțiuni cardiace apărute și diagnosticate după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare. Această manoperă de chirurgie cardiovasculară, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
Alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv grefa de aortă)	intervenție chirurgicală pe cord deschis sau pe aorta toracică și abdominală (fără ramificațiile lor) ca urmare a unor afecțiuni cardiace apărute/ diagnosticate după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare. Aceste manopere de chirurgie cardiovasculară conform recomandării medicale scrise trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital. Afecțiunile de natură traumatică nu sunt acoperite prin prezenta asigurare suplimentară.
Intervenție chirurgicală pentru implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil	intervenție chirurgicală ce constă în amplasarea unui stimulator intracardiac, prin abort transvenos sau transtoracic respectiv montarea unui dispozitiv electronic implantabil (defibrilator), ca urmare a unor afecțiuni cardiace ce determină aritmii severe/ disfuncționalități cardiace severe efectuată după intrarea în valabilitate a acestei asigurări suplimentare. Aceste manopere de chirurgie cardiovasculară, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
Intervenție chirurgicală de tip prostatectomie radicală	intervenție chirurgicală ce constă în ablația prostatei, a veziculelor seminale și a ampulelor veziculelor seminale, precum și a ganglionilor obturatori aferenți, ca urmare a unui adenocarcinom de prostată care nu a depășit stadiul intracapsular. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a asigurării suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
Intervenție chirurgicală de tip histerectomie totală	intervenție chirurgicală prin care se îndepărtează uterul și anexele bilaterale ca urmare a unor afecțiuni ginecologice. Această manoperă chirurgicală, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a asigurării suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
Intervenție chirurgicală de tip mastectomie simplă și	intervenție chirurgicală ce presupune îndepărtarea (excizie chirurgicală) unei porțiuni a glandei mamare ce cuprinde tumora și țesut de siguranță în jur,

radicală

însemnând mastectomie simplă, și îndepărtarea întregului sân împreună cu ganglionii axilari și/ fără mușchii pectorali, însemnând mastectomie radicală ca urmare a unei tumori mamare de tip malign. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a asigurării suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.