



# Asigurarea Medicală Integrală

Condițiile Contractului de asigurare individuală



Asigurări



<b>CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE .....</b>	<b>2</b>
1. Obiectul asigurării .....	6
2. Accesul la serviciile medicale de sănătate .....	7
3. Încheierea Contractului de asigurare .....	7
4. Încetarea Contractului de asigurare .....	8
5. Reînnoirea Contractului de asigurare .....	9
6. Persoanele care nu pot fi asigurate .....	9
7. Suma asigurată .....	9
8. Plata primei de asigurare .....	9
9. Modificarea Contractului de asigurare .....	10
10. Obligațiile Asiguratului/Contractantului .....	10
11. Decontarea serviciilor medicale. Plata indemnizației de asigurare .....	11
12. Excluderi .....	12
13. Declarații false .....	14
14. Corespondența oficială .....	14
15. Pierderea sau distrugerea Contractului de asigurare .....	14
16. Teritorialitate .....	14
17. Durata asigurării .....	14
18. Confidențialitatea informațiilor .....	14
19. Impozite, taxe și onorarii .....	14
20. Prevederi finale .....	14
<b>CONDIȚII SPECIALE - SERVICII MEDICALE .....</b>	<b>16</b>
1. Serviciile Call Center .....	16
2. Control anual periodic în Rețeaua privată de sănătate .....	16
3. Consultații medicale în Rețeaua privată de sănătate .....	16
4. Servicii de ambulanță și urgențe medicale în Rețeaua privată de sănătate .....	17
5. Servicii medicale stomatologice în Rețeaua privată de sănătate .....	17
6. Teste de laborator și investigații imagistică în Rețeaua privată de sănătate .....	17
7. Servicii medicale de recuperare în Rețeaua privată de sănătate .....	17
8. Protocol sarcină și gimnastică gravide în Rețeaua privată de sănătate .....	17
9. Vaccinări în Rețeaua privată de sănătate .....	18
10. Servicii speciale în Rețeaua privată de sănătate .....	18
<b>CLAUZE SUPLIMENTARE .....</b>	<b>19</b>

## CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PRIVIND ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ INDIVIDUALĂ

Condițiile generale de asigurare prezente cuprind următoarele definiții:

<b>Accident:</b>	eveniment cauzat de factori neprevăzuți, externi, violenți, fortuiți și absolut independenți de voința Asiguratului și care duc la vătămarea corporală sau la decesul acestuia. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore, se consideră un singur accident.
<b>Ambulanță:</b>	mijloc de transport, în conformitate cu legislația în vigoare, destinat transportului terestru de persoane bolnave sau rănite, de la domiciliu/locul de muncă la cel mai apropiat spital, de la un spital la altul (între spitale, numai în cazurile de urgență).
<b>Anestezie:</b>	eliminarea durerii în timpul unei operații chirurgicale și/sau cu ocazia unor diagnosticări invazive. Anestezia poate fi anestezie generală sau anestezie locală.
<b>Aniversare poliță de asigurare:</b>	data la care se împlinește un an întreg de la data de intrare în vigoare a Poliței de asigurare.
<b>Asigurarea de bază:</b>	contract reglementat prin Condițiile Generale de asigurare, la care pot fi atașate clauze suplimentare.
<b>Asigurat:</b>	persoana fizică a cărei stare de sănătate face obiectul Contractului de asigurare, cu vârsta minimă de intrare în asigurare de 16 ani, vârsta maximă de intrare în asigurare fiind de 64 de ani. Asiguratul trebuie să aibă domiciliul stabil sau rezidență pe teritoriul României.
<b>Asigurător:</b>	<b>GROUPAMA ASIGURĂRI S.A.</b> , cu sediul în str. Mihai Eminescu nr. 45, Sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului sub nr. J40/2857/2010, C.U.I. 6291812, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub Nr. RA – 009/10.04.2003, care în schimbul primei de asigurare încasate, se obligă să plătească indemnizația de asigurare cuvenită, la producerea riscului asigurat, conform condițiilor contractuale.
<b>Autorizare:</b>	acordul pentru accesarea următoarelor tipuri de servicii: spitalizare, intervenții chirurgicale, naștere; autorizarea se acordă la solicitarea Asiguratului adresată direct Call Center-ului; Asiguratul este obligat să facă solicitarea în termen de maxim 72 de ore de la apariția cauzei, iar Asigurătorul să transmită acceptul/refuzul său în termen de 24 de ore lucrătoare.
<b>Beneficiar:</b>	persoana fizică desemnată în Contractul de asigurare pentru încasarea indemnizației de asigurare, în cazul unor evenimente asigurate produse în afara Rețelei, în situația în care decesul Asiguratului se produce înainte ca acesta să primească indemnizația de asigurare.
<b>Boală:</b>	orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau ale celor de laborator, specifice.
<b>Call Center:</b>	centrul de la care se pot obține informații telefonice în legătură cu funcționarea și structura Rețelei private de sănătate, informații despre Contractul de asigurare, autorizare, îndrumare pentru orice problemă de sănătate și pentru orice urgență medicală care poate conduce sau nu la spitalizare/intervenții chirurgicale; serviciul telefonic medical de urgență (Hotline) este permanent asigurat de un cadru medical, în caz de necesitate, și prin intermediul acestuia, Asiguratul poate face uz de drepturile ce îi revin în baza Contractului de asigurare.
<b>Card de Asigurat:</b>	document primit de fiecare Asigurat, care va fi prezentat medicului/unității medicale înainte de efectuarea oricărei solicitări de serviciu medical (consultații, investigații medicale, teste de laborator, internări etc.) în Rețeaua privată de sănătate și care conține informații cu privire la identificarea Asiguratului.
<b>Cererea de asigurare:</b>	formular propriu al Asigurătorului care se completează și semnează de către Contractant, Asigurat și Asigurător/Intermediar, ce conține datele de identificare ale acestora și pe cele ale Beneficiarului, Pachetul de acoperiri și sumele asigurate,

perioada asigurată, precum și informații referitoare la starea de sănătate, ocupația Asiguratului și alte date relevante pentru evaluarea riscului preluat în asigurare.

**Compania de asistență medicală și prestator de servicii medicale:**

**CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L.**, cu sediul social în str. Ion Ionescu de la Brad, nr. 5B, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului sub nr. J40/15930/1991, C.U.I. 5919324, denumită în cuprinsul Contractului de asigurare **REGINA MARIA (inclusiv partenerii din rețeaua sa)** sau „Rețeaua privată de sănătate” sau „Rețeaua”.

**Condiție pre-existentă:**

orice boală sau vătămare corporală sau consecințele acestora, pentru care s-a primit sau nu îngrijire și/sau tratament și a fost diagnosticată de un medic, sau orice boală care a fost contractată, sau ale cărei simptome sau semne clinice s-au manifestat pentru prima oară înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare.

**Consultație medicală:**

discuția medicului cu Asiguratul și examinarea acestuia în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului.

**Contractant:**

persoana fizică sau juridică ce încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul și are obligația să plătească prima de asigurare, îndeplinind prevederile legale referitoare la capacitatea de a încheia contracte. În cazul persoanelor fizice, Contractantul poate avea și calitatea de Asigurat.

**Contractul de asigurare:**

actul juridic care se încheie între Contractant/Asigurat și Asigurător, prin care Contractantul/Asiguratul 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 Contractul de asigurare. Contractul de asigurare cuprinde: Polița de asigurare, Cererea de asigurare, Chestionarul medical, „Lista de acoperiri”, „Lista de servicii medicale”, componența Rețelei private de sănătate, alte documente și/sau condiții speciale convenite între părți.

**Coplată:**

valoarea participării personale ce trebuie plătită de către Asigurat medicului curant agreat/Rețelei private de sănătate pentru serviciile medicale incluse în asigurare.

**Costul serviciilor medicale:**

suma care se plătește de către Asigurător Rețelei private de sănătate/Asiguratului pentru serviciile medicale prestate în urma producerii riscului asigurat; costul serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare/plată a indemnizației și sunt emise de Rețeaua privată de sănătate sau de spitale publice sau private din afara Rețelei.

**Diagnosticare:**

procesul de identificare a unei boli în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice.

**Document de decontare:**

documente eliberate de Rețeaua privată de sănătate sau de spitale publice sau private din afara Rețelei pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale prestate unui Asigurat.

**Durata asigurării:**

perioada de timp delimitată de data intrării în vigoare și data expirării Poliței de asigurare în care contractul de asigurare își produce efectele.

**Evaluarea riscului:**

procesul prin care Asigurătorul verifică dacă, și după caz, în ce condiții va acorda acoperire prin asigurare potențialului Asigurat. Vor fi luate în considerare, printre altele, vârsta, ocupația, starea sănătății Asiguratului, sporturile și hobby-urile practicate. În afara informațiilor declarate de către Contractant și de către Asigurat în Cererea de asigurare, Asigurătorul poate solicita informații suplimentare și/sau documente medicale de la medici și/sau unități medicale.

**Excluderi din asigurare:**

situațiile expres prevăzute în condițiile de asigurare în care Asigurătorul este exonerat de obligația de plată a indemnizației/prestației din asigurare, deși riscul s-a produs.

**Formular de trimitere:**

formular emis de un medic, membru al Rețelei private de sănătate care îi permite Asiguratului/Personei dependente să beneficieze de serviciile medicale specificate de acesta, în limita Pachetului de acoperiri achiziționat.

**Furnizor servicii medicale:**

unitate medicală (spitalicească), autorizată de Ministerul Sănătății din România, care furnizează serviciile medicale cuprinse în Contractul de asigurare și care emite documente justificative de decontare pentru serviciile medicale prestate.

**Indemnizație de asigurare:**

suma de bani care trebuie plătită de Asigurător în cazul producerii riscului asigurat,

	<p>în limita maximă a sumei asigurate și corespunzător Pachetului de acoperiri achiziționat.</p>
<b>Intervenție chirurgicală:</b>	<p>procedură medicală efectuată în scop terapeutic, considerată necesară din punct de vedere medical pentru evitarea agravării stării de sănătate a Asiguratului, ca urmare a consecințelor unui accident sau ale unei boli, care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății și care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.</p>
<b>Lista serviciilor medicale:</b>	<p>lista tuturor serviciilor medicale de care poate beneficia Asiguratul prin Pachetul de acoperiri conform prezentului Contract de asigurare.</p>
<b>Medic:</b>	<p>persoană posedând o diplomă eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică, absolvent și licențiat al Facultății de Medicină.</p>
<b>Naștere:</b>	<p>act fiziologic prin care fătul, ajuns în stadiul de maturitate (în săptămâna 36 sau mai mult), este expulzat sau extras din cavitatea uterină.</p>
<b>Pachet de acoperiri:</b>	<p>totalitatea serviciilor medicale acoperite, prin achiziționarea asigurării într-una dintre variantele Basic, Medium sau Premium.</p>
<b>Perioada de așteptare:</b>	<p>perioada de timp, calculată de la data intrării în vigoare a asigurării sau intrarea în asigurare a unei noi persoane asigurate, perioadă în care este exclusă răspunderea Asigurătorului. Pentru această perioadă există obligația de plată a primelor de asigurare, dar Asigurătorul nu acoperă evenimentul asigurat și nu plătește indemnizații de asigurare.</p>
<b>Persoană dependentă:</b>	<p>Soțul/soția și copiii persoanelor care au calitatea de Asigurat.</p> <p>Se consideră Persoană dependentă copiii Asiguratului, biologici, vitregi sau legal adoptați, cu vârsta de minim o lună (30 de zile), care sunt în întreținerea părinților (nu realizează venituri), sunt necăsătoriți și locuiesc la același domiciliu cu Asiguratul. Vârsta maximă de intrare în asigurare pentru soț/soție este de 64 ani, iar pentru copii, de 23 de ani.</p> <p>Persoana dependentă are aceleași drepturi contractuale ca și Asiguratul pentru serviciile oferite prin Contractul de asigurare.</p>
<b>Polița de asigurare:</b>	<p>document eliberat de Asigurător care atestă încheierea Contractului de asigurare.</p>
<b>Primă de asigurare:</b>	<p>suma de bani datorată de Contractant/Asigurat, în schimbul asumării riscului de către Asigurător, calculată în funcție de vârstă și de tipul Pachetului de acoperiri contractat. În cazul unui risc crescut față de nivelul de risc standard, stabilit de Asigurător potrivit propriilor sale criterii, se pot stabili prime de asigurare suplimentare, numite Extraprime.</p>
<b>Procedură medicală:</b>	<p>orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic, preventiv, terapeutic, ori de reabilitare, exceptând anamneza și examenul clinic.</p>
<b>Serviciu medical:</b>	<p>consultații medicale, tratamente sau investigații medicale efectuate de către personal medical de specialitate, cu competență și autorizare, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România, dintr-o unitate sanitară publică sau privată, autorizată în România; este un serviciu sau un produs medical furnizat de Rețeaua privată de sănătate, care e considerat necesar de către Asigurător pentru diagnosticarea, asistența medicală sau tratamentul bolii sau al vătămării corporale în cauză.</p> <p>Pentru a fi acceptat ca necesar, serviciul sau produsul medical trebuie să îndeplinească următoarele criterii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>să reprezinte un mijloc de asistență medicală, care să producă o evoluție pozitivă semnificativă și să nu agraveze boala și starea generală de sănătate a Asiguratului, mai mult decât orice alt mijloc alternativ de tratament sau asistență medicală;</li> <li>să fie o procedură de diagnostic indicată de starea de sănătate a Asiguratului, atât pentru afecțiunea sau vătămarea corporală în cauză, cât și pentru starea de sănătate generală;</li> <li>în privința diagnosticului, asistenței medicale sau a tratamentului, serviciul sau produsul medical să nu fie mai costisitor (luând în considerare toate cheltuielile implicate) decât orice serviciu sau produs medical alternativ, indicat în afecțiunea sau leziunea în cauză.</li> </ol>

Pentru determinarea oportunității aplicării serviciului medical în circumstanțele medicale date, Asigurătorul va lua în considerare:

- a) informațiile obținute privind starea de sănătate a Asiguratului;
- b) rapoarte din literatura medicală de specialitate;
- c) rapoarte și ghiduri medicale publicate de organizațiile naționale de sănătate recunoscute, care includ date științifice concludente;
- d) standarde profesionale de siguranță și eficiență pentru diagnostic, asistență medicală și tratament, recunoscute în România;
- e) opinia unor specialiști medicali recunoscuți în specialitățile implicate de afecțiunea sau leziunea în cauză;
- f) orice altă informație relevantă adusă la cunoștința Asigurătorului.

**Rețeaua privată de sănătate:**

totalitatea cadrelor medicale, a centrelor de diagnostic și tratament, cabinetelor medicale individuale, societăților civile medicale, Spitalelor Contractante și Spitalelor Contractante Speciale, precum și a altor unități sanitare care își oferă serviciile Asiguraților în baza prezentului Contract de asigurare și sunt agreeate de Asigurător. Acestea se regăsesc în „Lista furnizorilor de servicii medicale.”

**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 aceasta are loc pe durata valabilității asigurării.

**Risc standard:**

nivel de risc specific, corespunzător criteriilor de vârstă, sănătate, ocupaționale și de altă natură, avute în vedere de Asigurător la calculul primelor de asigurare de bază, și pentru care protecția prin asigurare este acordată fără plata unei prime suplimentare.

**Sistemul asigurărilor sociale de sănătate:**

sistem de ocrotire a sănătății populației din România, stabilit prin lege.

**Spital:**

unitate sanitară, publică sau privată, care deține o licență de spital, care funcționează conform legii și dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate 24 de ore pe zi, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și de servicii de diagnostic și tratament, în regim permanent, pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, instituțiile de recuperare a stării de sănătate, instituțiile pentru tratarea de boli psihice, centrele de îngrijire, casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

Asiguratul poate beneficia de servicii medicale în spitalele din Rețeaua Asigurătorului sau din afara Rețelei, conform Contractului de asigurare.

**Spitalizare:**

perioada continuă de internare într-un spital, de minim 24 de ore, recomandată de un medic de specialitate și pentru care s-a obținut autorizare, în scopul tratării afecțiunilor și/sau vătămărilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli, acoperite prin prezentul Contract de asigurare; spitalizarea cuprinde serviciul complet de masă și cazare.

**Spitalizare în ambulatoriu:**

tratament care, din motive medicale, trebuie efectuat o anumită perioadă sub supraveghere medicală într-un spital sau altă unitate medicală și care nu necesită internare/cazare pe durata nopții.

**Suma asigurată:**

limita maximă a indemnizației de asigurare și a costului serviciilor medicale, specificată în Polița de asigurare, și pe care Asigurătorul o poate plăti în cazul producerii riscului asigurat, pe durata unui an de asigurare. Această sumă se regăsește înscrisă în „Lista de acoperiri”.

**Tratament:**

îngrijire medicală acordată de un medic în vederea vindecării sau a ameliorării unei boli sau a unei vătămări corporale.

**Tratament sau procedură, efectuate cu scop experimental:**

orice medicament, dispozitiv, procedură sau tratament vor fi considerate experimentale sau investigaționale dacă:

- există insuficiente date disponibile privind efectele pe termen lung, din studiile clinice efectuate și publicate în literatura medicală de specialitate, pentru a documenta siguranța și eficiența tratamentului sau a procedurii respective, pentru

boala sau leziunea în cauză, sau sunt necesare prin legislație, dar nu s-a aprobat promovarea (marketingul), producerea sau tratamentul respectiv, sau

- o autoritate națională medicală, abilitată în reglementările de rigoare a statuat în scris că este aplicată în scop experimental, investigațional sau în scop de cercetare, sau

- protocolul scris, protocoalele utilizate în facilitățile de tratament respective, orice protocol folosit în orice altă facilitate de studiu pentru același dispozitiv, medicament, procedură sau tratament, orice acord scris folosit pentru aceeași facilitate de tratament sau pentru studiul aceluiași medicament, dispozitiv, procedură sau tratament, stabilesc scopul experimental, investigațional sau de cercetare.

**Urgență medicală:**

orice îmbolnăvire sau accident, survenite brusc și neașteptat, apărute pentru prima dată, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia.

**Urgență de gradul 0 sau 1:**

alterarea severă a stării de sănătate a Asiguratului, care se caracterizează printr-un potențial evolutiv rapid către degradarea funcțiilor vitale și deces, în lipsa unei intervenții medicale prompte și profesionale.

**Urgență de gradul 2:**

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

**Vârsta:**

vârsta Asiguratului/Persoanei dependente, la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare.

**Vătămare corporală:**

orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, produsă în perioada de valabilitate a prezentului contract.

**Zi de spitalizare:**

se consideră o zi de spitalizare ca fiind staționarea neîntreruptă în spital, pentru 24 de ore (o zi calendaristică), indiferent de ora internării și externării Asiguratului, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

**1. OBIECTUL ASIGURĂRII**

**1.1.** În baza prezentului Contract de asigurare, Contractantul/Asiguratul se obligă să plătească o primă de asigurare Asiguratului, iar acesta se obligă ca la producerea unui eveniment asigurat, să plătească prestatorului de servicii medicale contravaloarea serviciilor medicale efectiv prestate Asiguratului, conform Pachetului de acoperiri specificat în Polița de asigurare și detaliat în „Lista de acoperiri” și în „Lista de servicii medicale”.

Asigurătorul oferă protecție prin asigurare numai ca urmare a unei necesități medicale în cazul bolilor, accidentelor și profilaxiei, în limitele menționate în Polița de asigurare.

**1.2.** În condițiile prezentei asigurări, serviciile medicale și indemnizațiile, acoperite în funcție de tipul Pachetului de acoperiri achiziționat și specificat în Polița de asigurare, sunt următoarele:

- A. Serviciu medical Call Center (24 h din 24, 7 zile din 7)
- B. Servicii medicale în ambulatoriu:
  - a) Control medical anual preventiv
  - b) Consultații medicină generală
  - c) Consultații medic specialist
  - d) Analize de laborator

- e) Investigații de diagnosticare
- f) Stomatologie
- g) Vaccinări
- h) Recuperare medicală DAVID
- i) Transport cu ambulanța

C. Servicii medicale cu internare:

- a) Intervenții chirurgicale în Rețea
- b) Intervenții chirurgicale în afara Rețelei
- c) Spitalizare în Rețea, cu excepția nașterii și a intervențiilor chirurgicale
- d) Spitalizare în afara Rețelei, cu excepția nașterii și a intervențiilor chirurgicale
- e) Nașterea în Rețea, în cazul în care asigurarea a fost încheiată pentru Pachetele Medium sau Premium
- f) Nașterea în afara Rețelei, în cazul în care asigurarea a fost încheiată pentru Pachetele Medium sau Premium

**1.3.** O persoană poate fi asigurată numai pentru un singur Pachet de acoperiri, pe durata asigurării.

**1.4.** Schimbarea tipului de Pachet de acoperiri este posibilă numai la aniversarea Contractului de asigurare, după depunerea cererii scrise de modificare. Cererea se depune cu minim 30 de zile înainte de data aniversării contractului.

**1.5.** Asiguratul poate opta pentru:

- spitalizare, intervenții chirurgicale sau naștere, oferite în Rețeaua privată de sănătate, sau
- spitalizare, intervenții chirurgicale sau naștere în afara Rețelei, respectiv la alte spitale, pentru care Asiguratorul oferă indemnizații de asigurare dacă acestea nu pot fi prestate în Rețeaua privată de sănătate sau în caz de accident, în limitele convenite în Contractul de asigurare.

**1.6.** Pentru prezentul Contract de asigurare se aplică următoarele perioade de așteptare, de la data intrării în vigoare:

- 30 de zile pentru spitalizare și intervenții chirurgicale, cu excepția evenimentelor asigurate produse ca urmare a unui accident;
- 10 luni pentru protocolul de sarcină;
- 10 luni pentru naștere, spitalizare, intervenții chirurgicale legate de naștere;
- nu există perioadă de așteptare pentru servicii medicale în ambulatoriu;
- nu există perioadă de așteptare pentru Contractele anuale reînnoite imediat după expirarea celui anterior (în continuarea vechiului contract).

Pentru toate serviciile medicale accesate în perioada de așteptare Asiguratul are obligația de plată integrală a contravalorii serviciilor medicale de care a beneficiat către prestatorul serviciilor medicale.

## 2. ACCESUL LA SERVICIILE MEDICALE DE SĂNĂTATE

### 2.1. Cardul de Asigurat

Calitatea de Asigurat a unei persoane poate fi dovedită, exclusiv, prin Contractul de asigurare și Cardul de Asigurat emis de Asigurator, care conține datele de identificare ale Asiguratului. Asiguratorul stabilește regulile privind aspectul, informațiile conținute și modul de emitere a Cardului de Asigurat. Odată cu emiterea Contractului de asigurare, Asiguratul dobândește dreptul de a primi gratuit Cardul de Asigurat, Asiguratorul fiind obligat să remită Asiguratului acest card în termen de o lună de la încheierea Contractului de asigurare.

Asiguratul este obligat să informeze Asiguratorul, în scris, cu privire la furtul/pierderea sau distrugerea Cardului, în termen de 24 de ore de la constatare. În asemenea situații, Asiguratorul va transmite Asiguratului un nou card. Costurile de emitere sau de înlocuire a Cardului de Asigurat vor fi suportate de către Contractant/Asigurat conform valorii menționate pe site-ul [www.groupama.ro](http://www.groupama.ro). Cardul anterior nu va mai fi valid începând cu data pierderii/furtului sau distrugerii.

### 2.2. Serviciul Call Center

Toate serviciile medicale, conform Pachetului de acoperiri, vor fi programate exclusiv prin intermediul serviciului Call Center. Pentru spitalizare, intervenții chirurgicale și naștere este obligatoriu să se obțină autorizare din partea Asiguratorului.

Numărul de apelare a serviciului Call Center este tipărit pe fiecare Card de Asigurat.

Asiguratorul nu este obligat să acopere costul serviciilor medicale care nu au fost programate prin intermediul serviciului Call Center și/sau care au fost efectuate în alte instituții de sănătate, altele decât cele acceptate prin prezenta asigurare.

În cazul în care Asiguratul nu poate să se prezinte la data și ora stabilite pentru efectuarea serviciului medical, conform programării făcute prin Call Center, acesta este obligat să anuleze respectiva programare, cu cel puțin o oră înainte.

## 3. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

**3.1.** Durata Contractului de asigurare începe la data specificată în Polița de asigurare, ora 00:00, numai dacă plata ratei inițiale a primei de asigurare a fost făcută anterior acestei date.



**3.2.** Contractul de asigurare se încheie la data emiterii Poliței de asigurare. Asigurarea se încheie pe o perioadă de un an. Contractul poate fi reînnoit anual, cu acordul părților.

**3.3.** Asigurarea se încheie de către o persoană fizică, cetățean român sau străin, care are domiciliul/rezidența în România sau/și de către persoane juridice înregistrate în România (societăți comerciale sau organizații sindicale, organizații profesionale etc.), în calitate de Contractant.

**3.4.** Asigurarea se încheie pentru:

**3.4.1.** Asigurat/Persoană dependentă (soț/soție), începând cu vârsta de 16 ani, vârsta maximă de contractare a asigurării fiind de 64 de ani.

Asigurarea încetează la data expirării, specificată în Polița de asigurare, după împlinirea vârstei de 65 de ani a Asiguratului/ Persoanei dependente.

Vârsta se calculează ca vârstă împlinită la data începerii asigurării, respectiv data intrării în vigoare a Poliței de asigurare.

**3.4.2.** Pentru Persoana dependentă (copiii Asiguratului), începând cu vârsta de o lună (30 de zile) și maxim 23 de ani.

Asigurarea încetează la data expirării, specificată în Polița de asigurare, după împlinirea vârstei de 24 de ani.

Vârsta se calculează ca vârstă împlinită la data începerii asigurării, respectiv data intrării în vigoare a Poliței de asigurare.

**3.5.** Asigurarea se încheie în baza cererii de asigurare scrise, cu declarația detaliată a tuturor factorilor relevanți pentru evaluarea riscurilor. În situația în care Contractantul/Asiguratul are un dubiu cu privire la importanța unei anumite informații/ împrejurări, acesta se obligă să o comunice Asigurătorului, care va aprecia importanța ei.

**3.6.** La încheierea Contractului și pentru fiecare persoană nou intrată în asigurare, Asigurătorul are dreptul de evaluare a riscului medical, de rezidență, ocupațional, practicarea de sporturi, hobby-uri etc.

Fiecare persoană nou intrată este obligată, dacă Asigurătorul solicită, să se supună anumitor investigații sau unui examen medical complet, efectuate pe cheltuiala Asigurătorului, de un medic/o unitate medicală desemnat/ă de Asigurător. În cazul în care persoana nu este acceptată în asigurare, Asigurătorul va reține, din prima de asigurare plătită de către Contractant, costurile investigațiilor mai sus amintite.

Asiguratul și/sau Contractantul vor/va prezenta Asigurătorului, la cererea acestuia din urmă și/sau din proprie inițiativă, pe propria răspundere civilă și penală și pe propria cheltuială, toate informațiile suplimentare necesare unei evaluări/reevaluări corecte a riscului preluat de Asigurător, însoțite de înscrisuri probatoare, după caz.

**3.7.** Asigurătorul este îndreptățit ca, în funcție de starea de sănătate a Asiguratului, să stabilească cuantumul primei pentru fiecare Asigurat în parte, precum și eventuale excluderi din asigurare, potrivit propriilor sale criterii.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a accepta un risc ce depășește riscul de asigurare standard, prin perceperea unei prime de asigurare suplimentare sau de a refuza preluarea în asigurare.

Dacă în urma evaluării riscului se constată că Asiguratul nu se încadrează în condiții de risc standard, Asigurătorul va comunica decizia sa Contractantului, care are dreptul:

- A. să refuze încheierea Poliței de asigurare și să solicite restituirea primei de asigurare achitate, diminuată cu eventualele cheltuieli medicale (dacă au fost efectuate pe cheltuiala Asigurătorului), caz în care acoperirea prin asigurare nu va începe;
- B. să accepte încheierea asigurării, cu plata diferenței de primă de asigurare în maxim 10 zile de la data comunicării cuantumulului acesteia și acceptarea eventualelor excluderi, dacă acestea au fost stabilite de Asigurător.

În cazul în care Asigurătorul refuză acoperirea prin asigurare sau Contractantul refuză prima mărită, prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare va fi restituită, conform prevederilor de mai sus.

**3.8.** Dacă intervin modificări, față de cele declarate în Cererea de asigurare, care ar putea influența și crește riscul de asigurare, după data completării Cererii de asigurare și până la data intrării în vigoare a poliței de asigurare, Contractantul Asigurării este obligat să comunice Asigurătorului această schimbare, în scris, în maxim 24 de ore de la apariție.

**3.9.** Dacă Asiguratul sau Contractantul, la încheierea Contractului de asigurare, nu au răspuns cu sinceritate și complet la întrebările care pot afecta corecta evaluare a riscului asigurat și aceste informații sunt incluse în documentele care constituie baza Contractului, Asigurătorul și Contractantul/Asiguratul convin să considere prezentul Contract de asigurare absolut nul, cu restituirea primelor de asigurare achitate, diminuate cu eventualele cheltuieli medicale (dacă au fost efectuate pe cheltuiala Asigurătorului).

**3.10.** Împreună cu prezenta asigurare se pot încheia clauze suplimentare, puse la dispoziție de Asigurător.

#### 4. ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

**4.1.** Contractul de asigurare încetează în unul dintre următoarele cazuri:

**4.1.1.** Pentru Asigurat:

- a) la data expirării perioadei de valabilitate a Contractului, așa cum a fost stabilită în Polița de asigurare;
- b) la data decesului Asiguratului, produs în perioada asigurată;
- c) la data rezilierii Contractului de asigurare de către Asigurat/Asigurător, inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare;
- d) la data denunțării Contractului de asigurare de către Asigurat/Contractant/Asigurător;
- e) la data plății întregii sume asigurate, a consumării serviciilor medicale acoperite, specificate în „Lista de acoperiri”, respectiv „Lista de servicii medicale”;
- f) la data expirării specificată în Polița de asigurare, prima aniversare după împlinirea vârstei de 65 de ani a Asiguratului.

**4.1.2.** Pentru Persoana dependentă:

- a) la data expirării perioadei de valabilitate a Contractului, așa cum a fost stabilită în Polița de asigurare;

- b) la data decesului Persoanei dependente, produs în perioada asigurată;
- c) la data rezilierii Contractului de asigurare de către Asigurat/Asigurător, inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare;
- d) la data denunțării Contractului de asigurare de către Asigurat/Contractant/Asigurator;
- e) la data plății întregii sume asigurate, a consumării serviciilor medicale acoperite, specificate în „Lista de acoperiri”, respectiv în „Lista de servicii medicale”;
- f) la data expirării specificată în Polița de asigurare, după împlinirea vârstei maxime de acoperire pentru Persoanele dependente.

**4.2.** Denunțarea Contractului de asigurare de către una din părți se poate efectua numai cu notificarea scrisă, prealabilă, a celeilalte părți, cu cel puțin 20 de zile înaintea denunțării. Contractul de asigurare poate înceta pentru orice alt motiv prevăzut de legislația în vigoare.

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

În cazul în care contractul este denunțat din inițiativa Contractantului asigurării, înainte de termenul de expirare a perioadei de asigurare, prevăzut în poliță, Contractul de asigurare se consideră a fi denunțat, fără nicio obligație din partea Asigurătorului.

**4.4.** Orice alte prime adiționale plătite, care au ajuns la scadență după rezilierea, denunțarea sau încetarea Contractului, vor fi rambursate Contractantului/Asiguratului de către Asigurător, la solicitare scrisă a acestuia. Orice plată efectuată de către Contractant/Asigurat cu titlu de primă de asigurare, ulterior încetării Contractului de asigurare, sau acceptată de către Asigurător, nu va crea obligații Asigurătorului, cu excepția obligației de restituire a sumei de bani încasate.

## 5. REÎNNOIREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

Contractul de asigurare poate fi reînnoit cu acordul ambelor părți, la fiecare aniversare a acestuia.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica prima de asigurare, la fiecare reînnoire.

## 6. PERSOANELE CARE NU POT FI ASIGURATE

Nu pot încheia această asigurare persoanele:

- a) care se încadrează în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale, în vigoare, privind protecția socială sau al căror grad de invaliditate permanentă este mai mare de 50% sau pentru care este necesară îngrijirea permanentă, adică ajutor străin pentru îndeplinirea treburilor zilnice, certificată prin documente oficiale;
- b) afectate de epilepsie, delirium tremens, alte boli psihice;
- c) afectate de alcoolism, toxicomanie;
- d) diagnosticate cu orice boală gravă și permanentă (de exemplu: cancer, scleroză multiplă sau în plăci, infecția cu H.I.V./SIDA și complicații sau îmbolnăviri survenite ca urmare a contractării acestui virus etc.).

## 7. SUMA ASIGURATĂ

Suma asigurată este stabilită prin convenția părților și este menționată în Polița de asigurare și în „Lista de acoperiri”, documente ce fac parte din prezentul Contract de asigurare.

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

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

## 8. PLATA PRIMEI DE ASIGURARE

**8.1.** Prima de asigurare este stabilită individual de Asigurător, atât pentru Asigurat, cât și pentru Persoanele dependente din Contractul de asigurare, pe baza calculului actuarial, în funcție de: vârstă, tipul Pachetului de acoperiri, suma asigurată, durata asigurării, ocupația, rezidența și evaluarea riscului. Asigurătorul își rezervă dreptul de a prelua în asigurare și riscuri crescute față de nivelul de risc standard stabilit, în condiții și cu prime speciale de asigurare.

**8.2.** Contractantul/Asiguratul este răspunzător pentru plata primelor/ratelor de primă de asigurare în cuantum și la termenele convenite în Polița de asigurare, atât pentru asigurarea de bază, cât și pentru eventualele clauze suplimentare atașate acestei asigurări. În cazul în care Contractantul/Asiguratul plătește doar o parte din primă/rata de primă de asigurare, Polița de asigurare se consideră neplătită. În cazul în care Contractul de asigurare încetează, primele/ratele de primă de asigurare achitate în avans vor fi restituite.

**8.3.** Prima de asigurare poate fi plătită integral, anticipat, prin plată anuală sau fracționat, prin plăți eșalonate (semestrial, trimestrial sau lunar).

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

În condițiile în care Contractantul/Asiguratul nu plătește primă/ratele de primă de asigurare la datele scadente convenite în Polița de asigurare, Asiguratul nu mai poate beneficia de serviciile medicale stabilite prin Contractul de asigurare.

Fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă.

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

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

**8.6.** În cazul în care Asigurătorul consideră că neplata ratelor scadente este cauzată de evenimente neimputabile Contractantului/Asiguratului, Contractul de asigurare poate fi repus în vigoare prin plata ratelor de primă restante, în termen de 60 de zile de la data ultimei prime de asigurare scadente neplătite, numai în baza declarației Asiguratului că în perioada de neplată nu are pretenții pentru acordarea indemnizației de asigurare pentru eventuale evenimente asigurate.

**8.7.** Prima de asigurare se plătește în numerar, direct la bancă sau prin virament în contul bancar al Asigurătorului, iar data plății este considerată cea specificată pe documentul doveditor al plății ca fiind data dispoziției de plată. Documentul doveditor al plății trebuie să conțină obligatoriu numărul Poliței de asigurare, cuantumul primei de asigurare datorate, numele Contractantului și numărul ratei de primă.

**8.8.** Plata primei de asigurare, pentru contractele cu sumă asigurată în valută, se face în lei, la cursul BNR din ziua plății. Plata indemnizației de asigurare și/sau a serviciilor medicale se face în lei, la cursul valutar din data facturării serviciilor medicale prestate.

**8.9.** La momentul plății, Contractantul/Asiguratul trebuie să solicite și să păstreze dovada plății primei de asigurare.

**8.10.** Asigurătorul nu este obligat să anunțe Contractantul/Asiguratul de scadența primei de asigurare și nici să încaseze prima de asigurare la domiciliul, reședința, sediul sau locul de muncă al Contractantului/Asiguratului. Încasarea primei de asigurare la o astfel de locație, chiar repetată, nu poate fi invocată drept derogare, pe viitor, de la prevederile mai sus menționate.

**8.11.** Prima de asigurare pentru Pachetul acoperit și pentru clauzele acoperite de asigurare este menționată în Polița de asigurare.

**8.12.** Prin prezentul Contract de asigurare nu se acordă valori de răscumpărare sau participare la profit.

## 9. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

**9.1.** Modificarea Contractului de asigurare este posibilă după depunerea în scris a cererii de modificare, și numai dacă aceasta va fi acceptată de către Asigurător. Modificarea se poate face în orice moment, dacă această operațiune presupune: schimbarea Beneficiarului, schimbarea Contractantului, schimbarea în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești, a numelui Asiguratului, Contractantului/Beneficiarului sau al Persoanelor dependente, schimbarea adresei de corespondență a Asiguratului sau a Contractantului.

Pentru efectuarea modificărilor, Contractantul trebuie să trimită la sediul Asigurătorului cererea de modificare a contractului, cu cel puțin 30 de zile înainte de data la care se dorește intrarea în vigoare a modificării respective. Cererea de modificare trebuie să fie însoțită de documente justificative.

**9.2.** Modificarea tipului de Pachet sau a frecvenței de plată se poate solicita numai la aniversarea Contractului, cu cerere scrisă trimisă cu minim 30 de zile înainte de data aniversării.

Asigurătorul are dreptul de a refuza cererea de modificare a Pachetului de acoperiri, caz în care va notifica în scris Contractantul/Asiguratul, în maxim 20 de zile de la primirea cererii de modificare.

**9.3.** În perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, solicitările de modificare a termenilor contractuali pot fi făcute în scris de către Asigurat, de către Contractant cu acordul Asiguratului, iar modificările se vor face prin emiterea unei anexe care va face parte din Contractul de asigurare.

**9.4.** În cazul în care Contractantul nu are și calitatea de Asigurat, acesta are obligația de a furniza consimțământul scris al Asiguratului în legătură cu modificările Contractului de asigurare.

## 10. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI/CONTRACTANTULUI

**10.1.** Asiguratul/Contractantul are obligația să furnizeze informații corecte și complete prin Cererea de asigurare și celelalte documente ale Contractului de asigurare.

**10.2.** După înștiințarea producerii riscului asigurat, pentru obținerea indemnizației în caz de spitalizare, intervenții chirurgicale sau naștere în afara Rețelei, Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul are obligația să depună, la sediul Asigurătorului, documentele solicitate de acesta referitoare la producerea riscului asigurat și/sau necesare la evaluarea acordării indemnizației de asigurare/plății costului serviciilor medicale.

**10.3.** Semnarea Cererii de asigurare este obligatorie, prin aceasta Contractantul/Asiguratul împuternicește Asigurătorul să obțină de la medicii curanți datele privind istoricul medical, starea de sănătate și tratamentul aplicat, dezlegându-i de secretul profesional.

Asiguratul, rudele sale, reprezentanții legali, trebuie să consimtă la examinarea medicală a Asiguratului de către medicii agreeți

de Asigurător.

**10.4.** După producerea riscului asigurat, în maxim 72 de ore, Asiguratul are obligația să anunțe prin Call Center și să urmeze indicațiile primite privind prezentarea de urgență la o unitate sanitară sau la un medic, pentru a fi examinat și ulterior să urmeze tratamentul prescris.

**10.5.** Contractantul, dacă este diferit de Asigurat, este obligat să aducă la cunoștință, sub semnătură, Asiguratului/persoanelor ce urmează a fi cuprinse în asigurare, Contractul de asigurare.

**10.6.** În cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. **10.1. - 10.4.**, Asigurătorul poate refuza plata indemnizației de asigurare.

**10.7.** În cazul în care Contractantul este o altă persoană decât Asiguratul, iar acesta decedează în perioada de valabilitate a Contractului, drepturile și obligațiile sale sunt transferate asupra Asiguratului, dacă în Contractul de asigurare nu este prevăzut altfel.

**10.8.** În cazul în care Contractantul este o persoană juridică și activitatea sa încetează în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, drepturile și obligațiile rezultate din Contractul de asigurare sunt transferate asupra Asiguratului.

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

**11.1.** Pentru orice serviciu medical inclus în „Lista de servicii medicale” acoperite prin asigurare, conform Pachetului de acoperiri și specificat în Polița de asigurare, în „Lista de acoperiri” și în „Lista de servicii medicale”, de care a beneficiat Asiguratul/Persoana dependentă în cadrul Rețelei private de sănătate, Asigurătorul va plăti direct către REGINA MARIA contravaloarea serviciilor medicale furnizate Asiguratului/Persoanei dependente, conform condițiilor stipulate în contractul existent între Asigurător și REGINA MARIA.

Dacă în „Lista de servicii medicale”, la rubrica serviciului medical, s-a stabilit coplata, Asiguratul va plăti valoarea aferentă coplății. Trimiterea unui Asigurat de către medicul Asigurătorului la un medic specialist nu va mări responsabilitatea Asigurătorului și nu va reprezenta extinderea acoperirilor specificate în Contractul de asigurare.

Pentru spitalizare, intervenții chirurgicale sau naștere, efectuate în afara Rețelei private de sănătate, Asigurătorul oferă indemnizația Asiguratului, conform Contractului de asigurare, conform Pachetului de acoperiri și în limitele specificate în „Lista de acoperiri”. Indemnizațiile de asigurare pentru spitalizare, intervenții chirurgicale sau naștere, efectuate în afara Rețelei private de sănătate, se plătesc către Asigurat/Beneficiar.

Prezența asigurare nu acoperă niciun serviciu medical în ambulator efectuat în afara Rețelei private de sănătate.

**11.2.** În caz de accident sau îmbolnăvire subită, Asiguratul sau reprezentantul acestuia are obligația:

- să anunțe Call Center-ul la numărul de telefon înscris pe Cardul de Asigurat, în maxim 72 de ore de la producerea riscului asigurat;
- să furnizeze datele Cardului de Asigurat/Poliței de asigurare precum și informații referitoare la evenimentul produs;
- să urmeze indicațiile primite din Call Center;
- să prezinte personalului medical Cardul de Asigurat, la prezentarea în unitatea medicală din Rețeaua privată de sănătate, împreună cu actul de identificare cu fotografie (BI/CI, pasaport).

Dacă Asiguratul nu respectă obligațiile de mai sus sau indicațiile primite prin Call Center, Asigurătorul poate să refuze plata indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut stabili cu certitudine responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare.

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

**11.4.** În cazul în care spitalizarea, intervenția chirurgicală sau nașterea s-au efectuat în afara Rețelei private de sănătate, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare numai după ce Asiguratul/Beneficiarul:

- va proba legitimitatea de a obține indemnizația de asigurare, inclusiv autorizarea Asigurătorului;
- va declara dacă și ce asigurări a încheiat pentru același risc și ce indemnizații de asigurare aferente a încasat deja;
- va preda Asigurătorului toată documentația cerută de acesta.

**11.5.** Pentru serviciile medicale cu internare (spitalizare, intervenție chirurgicală sau naștere) în afara Rețelei, Asiguratul va notifica Asigurătorul în scris în termen de 5 zile calendaristice de la externare, dacă în acest timp nu s-a putut face notificarea prin Call Center, din cauza stării sale de sănătate. Notificarea scrisă va fi făcută pe formularele proprii ale Asigurătorului, conform procedurilor sale interne, alături de care se va atașa documentația relevantă pentru solicitarea de indemnizație.

**11.6.** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la acordarea indemnizației de asigurare, pentru evenimentele asigurate produse în afara Rețelei private de sănătate – spitalizare, intervenții chirurgicale, naștere - Asiguratul/Beneficiarul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente:

- a. cererea privind plata indemnizației de asigurare;
- b. dovada plății primei de asigurare/ultimei rate de primă de asigurare achitate;
- c. procesul verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului, în cazul unui accident: declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemia, adeverințe medicale eliberate

de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;

- d. acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: copia actului de identitate (buletin / carte de identitate) pentru cetățenii români sau copia pașaportului pentru cetățenii străini;
- e. documente medicale care să cuprindă diagnosticul și evoluția afecțiunilor medicale (adeverința medicală/biletul de externare/fișa medicală etc.)
- f. documentele justificative de plată, în original sau în copie certificată pentru conformitate cu originalul, din care să reiasă cheltuielile efectuate, și care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și diagnosticul, valoarea serviciilor medicale efectuate;
- g. copia Poliției de asigurare și a Cardului de Asigurat;
- h. alte documente cerute de Asigurător, care să ateste producerea riscului asigurat, pentru a determina legalitatea plății și nivelul indemnizației de asigurare.

**11.7.** În cazul decesului Asiguratului, pe lângă documentele prevăzute la art. **11.6.**, se mai solicită copia certificatului de deces și copia certificatului medical constatator al decesului.

**11.8.** În cazul spitalizării, intervenției chirurgicale și/sau nașterii în afara Rețelei, se va prezenta și fișa de externare alături de notele de plată pentru tratamentele administrate și/sau pentru intervențiile chirurgicale efectuate.

Notele de plată/chitanțele pentru spitalizare, intervenții chirurgicale și naștere în afara Rețelei private de sănătate, trebuie să cuprindă:

- numele persoanei tratate;
- diagnosticul stabilit;
- detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora;
- costul detaliat al fiecărei proceduri/serviciu medical/tratament/intervenție chirurgicală;
- durata internării.

**11.9.** Plata indemnizației de asigurare se va face în lei, la cursul BNR din data producerii evenimentului asigurat, într-un cont bancar al Asiguratului/Beneficiarului specificat în cererea privind plata indemnizației de asigurare, deschis la o bancă de pe teritoriul României.

**11.10.** Dacă solicitarea de plată a indemnizației de asigurare este frauduloasă sau în mod evident exagerată, ori contractul are la bază documente și declarații false, Asigurătorul are dreptul să rezilieze Contractul de asigurare și să refuze plata indemnizației de asigurare.

**11.11.** Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizațiilor de asigurare nu constituie o recunoaștere în sarcina Asigurătorului a obligației de plată a indemnizației de asigurare.

**11.12.** Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de Asigurat/Beneficiar.

**11.13.** Asigurătorul nu are dreptul de a elibera copii ale documentelor emise de alte instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) fără acordul Asiguratului/Beneficiarului.

**11.14.** În cazul în care documentația transmisă către Asigurător este incompletă, Asigurătorul va trimite prin poștă, mail, curier etc. o adresă prin care să solicite documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor nu am putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.

## 12. EXCLUDERI

**12.1.** Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare Asiguratului/Persoanei dependente, dacă riscul asigurat s-a produs, ca urmare a:

a) direct sau indirect, total sau parțial:

- oricărei condiții pre-existente datei de intrare în vigoare a asigurării;
- stării de război declarat sau nu, operațiunilor de război, invazie, război civil, revoluție, rebeliune, grevă, insurecție, conspirație, actelor de terorism sau sabotaj, evenimentelor violente cum ar fi lovituri de stat, legea marțială, starea de urgență, carantină, utilizarea de energie nucleară pe timp de pace sau de război, circumstanțelor excepționale;
- unor explozii atomice, radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, sau infestări radioactive, contaminarea radioactivă urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
- unei catastrofe ecologice;
- sinuciderii, tentativei de sinucidere sau de auto-rănire a Asiguratului și urmările acesteia, indiferent de starea de rațiune/psihică a Asiguratului;
- comiterii sau încercării de a comite, cu intenție, de către Asigurat a unor acțiuni prevăzute și pedepsite de legea penală, imprudențe sau neglijențe grave;

b) acțiunii directe a Asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge sau peste

0,4 la mie în aerul expirat;

c) consumului excesiv de medicamente, droguri, alcool, inhalării intenționate a unor substanțe nocive organismului sau administrării inadecvate a unor substanțe folosite în terapeutică;

d) provocării cu intenție de către Asigurat prin intermediul altei persoane;

e) operațiilor chirurgicale sau a tratamentelor care nu sunt prevăzute în prezenta asigurare, cum ar fi operațiile estetice, cu excepția celor necesare din cauza unei vătămări corporale acoperite de acest contract;

f) fecundării artificiale, întreruperii voluntare de sarcină și complicațiile acestora;

g) oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil apărute într-o etapă ulterioară;

h) cheltuieli de achiziționare și montare sau refacere a protezelor artificiale pentru diverse părți ale corpului sau aparatelor corectoare și auxiliare acestora, ochelari de vedere sau lentile de contact;

i) epidemiei naționale sau pandemiei, confirmate de autoritățile competente;

j) SIDA, complexul asociat SIDA, boli cu transmitere sexuală sau dacă Asiguratul este depistat HIV pozitiv, HIV sau consecințele acestora, orice infecție, îmbolnăvire, pierdere sau cheltuială legată de HIV și/sau orice boală de HIV, inclusiv SIDA și/sau orice mutație derivată sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;

k) medicinei experimentale, medicină alternativă, homeopatie etc.;

l) schimbării de sex;

m) studiilor de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic;

n) solicitărilor Asiguratului, fără ca starea de sănătate a acestuia să necesite: efectuare de transplant, donare de organe, tratamente ulterioare, aferente acestora;

o) oricărei cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau de odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare, cure de dezalcoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie;

p) spitalizării, după data de externare recomandată de către medicul specialist sau peste numărul de zile acoperit de prezenta asigurare;

q) riscurilor cauzate sau provocate intenționat de Asigurat;

r) oricărei spitalizări sau intervenții chirurgicale care are legatură cu o boală apărută în primele 30 de zile după data intrării în vigoare a Contractului de asigurare;

s) oricărui tratament pentru orice afecțiune mintală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihică, depresie mintală sau dezordine mintală, tratament de odihnă sau de refacere în urma efectelor abuzului de alcool sau de droguri sau de substanțe similare;

t) folosirii de către Asigurat a unor medicamente sau tratamente, care nu au fost prescrise de către o autoritate medicală recunoscută;

u) oricărei infecții apărute în timpul spitalizării, ca urmare a nerespectării standardelor medicale;

v) oricărui tratament într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru coalescență, centre de dezintoxicare, centre de sănătate etc.), centre de consult extern sau centru de reabilitare;

w) otrăvirii sau inhalării de gaze otrăvitoare;

x) malpraxisului;

y) orice alt serviciu medical care nu este cuprins în „Lista de servicii medicale” sau în Limita de acoperire.

**12.2.** Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare, în cazul în care, la data producerii riscului asigurat, Asiguratul:

a) este înrolat în serviciul militar sau este în misiune;

b) practică sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatică sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria (enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă), dacă acestea nu au fost acceptate de Asigurător ca urmare a evaluării riscului;

c) zboară în calitate de pasager, pilot al unui aparat de zbor sau membru al echipajului, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane care efectuează zboruri pe rute regulate și cu orar afișat.

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

a) indiferent de situația medicală a Asiguratului/Personei dependente, alte servicii de asigurare în afara celor detaliate în mod explicit în „Lista de acoperiri” și în „Lista de servicii medicale”;

b) Asigurătorul nu va plăti pentru vreun serviciu medical, dacă acest serviciu medical nu a fost aprobat și/sau recunoscut de către Asigurător;

c) un serviciu medical executat în mod necorespunzător, efectuat altfel decât conform standardelor medicale;

d) pentru cheltuieli efectuate de către Asigurat pentru servicii medicale/tratamente executate de către o persoană care nu are calitatea de medic sau nu este tratat într-o unitate medicală, în sensul acceptat de definițiile acestui contract;

- e) pentru medicamente de care are nevoie Asiguratul sau o Persoană dependentă, pentru tratament;
- f) un serviciu medical executat în afara granițelor României, cu excepția spitalizării, a intervențiilor chirurgicale sau a nașterii în afara Rețelei acoperite prin Pachetul Premium;
- g) acoperire pentru naștere mai devreme de 10 luni de la începerea asigurării, respectiv de la intrarea în asigurare. Nașterea a doi sau mai mulți copii este considerată un singur eveniment asigurat, pentru care se acordă o singură indemnizație de asigurare.

### **13. DECLARAȚII FALSE**

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

### **14. CORESPONDENȚA OFICIALĂ**

**14.1.** Asigurătorul este obligat să accepte documentele ce i-au fost trimise în vederea încheierii Contractului de asigurare sau ulterior intrării lui în vigoare, numai dacă au fost prezentate în formă scrisă.

**14.2.** În cazul în care Contractantul își părăsește adresa permanentă pentru mai mult de o lună, atunci poate desemna un mandatar, în România, pentru corespondența cu Asigurătorul. Dacă nu există un mandatar desemnat, Asigurătorul este îndreptățit să trimită toată corespondența la ultima adresă cunoscută, cu efect juridic pentru Asigurător, Contractant și Asigurat.

**14.3.** În cazul în care Contractantul și-a schimbat adresa permanentă fără o notificare scrisă către Asigurător, toată corespondența trimisă la ultima sa adresă cunoscută va avea efect juridic pentru toate părțile Contractului de asigurare.

### **15. PIERDEREA SAU DISTRUGEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

În caz de pierdere, sustragere sau distrugere a Poliței de asigurare/Contractului de asigurare, Asigurătorul va elibera, la cererea scrisă a Contractantului, un duplicat. Costul acestui duplicat va fi suportat de către Contractant.

### **16. TERITORIALITATE**

În cazul în care Contractul este încheiat pentru pachetele Basic sau Medium, Polița de asigurare acoperă serviciile medicale în ambulatoriu și riscurile asigurate produse numai pe teritoriul României.

Pentru pachetul Premium, sunt acoperite serviciile medicale în ambulatoriu numai în România în Rețea, iar serviciile medicale constând în spitalizare, intervenție chirurgicală și naștere, sunt acoperite în Rețea în România, cât și în afara Rețelei în străinătate și în România.

Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

### **17. DURATA ASIGURĂRII**

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

### **18. CONFIDENȚIALITATEA INFORMAȚIILOR**

În conformitate cu prevederile legii 677/2001, Asigurătorul își asumă obligația de a păstra confidențialitatea cu privire la datele personale și informațiile cu caracter medical furnizate de către Contractant/Asigurat în legătură cu Contractul de asigurare și de a furniza Contractantului/Asiguratului informațiile prevăzute de lege.

Contractantul/Asiguratul este de acord cu transmiterea datelor personale și a informațiilor cu caracter medical către companiile reasigurătoare, în vederea efectuării procesului de subscriere.

Contractantul/Asiguratul își dă în mod expres consimțământul ca Asigurătorul să solicite și să obțină date cu caracter medical de la medicul curant, instituții și oficialități care l-au investigat sau care îl vor investiga la cererea Asigurătorului.

Contractantul/Asiguratul este de acord să elibereze 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 numai în procesul de evaluare a riscului și în procesul de stabilire a dreptului la încasarea indemnizației din asigurare.

### **19. IMPOZITE, TAXE ȘI ONORARII**

Toate taxele, onorariile și impozitele care se referă la plata primelor de asigurare vor fi plătite de către Contractant, împreună cu primele de asigurare corespunzătoare.

Taxele și onorariile notariale, cât și impozitele datorate pentru primirea indemnizațiilor de la Asigurător, conform acestui Contract, vor fi suportate de Asigurat/Beneficiar.

### **20. PREVEDERI FINALE**

**20.1.** Toate taxele care se referă la plata primei de asigurare, dacă sunt aplicabile, sunt suportate de către Contractant. Toate taxele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurător în vederea plății indemnizației de asigurare, dacă sunt aplicabile, sunt suportate de Beneficiar.

**20.2.** Toate informațiile obținute de Asigurător prin documentele care fac parte din Contractul de asigurare se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.

**20.3.** Contractul de asigurare va fi guvernat de legislația română în vigoare privind activitatea de asigurare și reasigurare, de legislația asigurărilor voluntare de sănătate și de prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții de asigurare.

**20.4.** Neînțelegerile izvorâte din interpretarea și executarea Contractului de asigurare se vor soluționa pe cale amiabilă, iar în situația în care acest lucru nu mai este posibil, litigiul se va soluționa de către instanțele de judecată competente din România.

**20.5.** Asigurătorul poate include în Contractul de asigurare unele prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții de Asigurare, în acord cu legislația în vigoare, dacă este necesar pentru scopul și natura asigurării.

**20.6.** Dreptul de a solicita plata indemnizației de asigurare de la Asigurător se prescrie în termen de doi ani de la producerea riscului asigurat.

**20.7.** În cazul constatării insolvabilității Asigurătorului, Asiguratul/Beneficiarul se poate adresa Fondului de garantare conform art. 60 din legea 136/1995.

**20.8.** În cazul în care datele de identificare ale Contractantului/Asiguratului/Beneficiarului se regăsesc în Lista persoanelor supuse sancțiunilor internaționale 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.

**20.9.** Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul Contract de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Forța majoră trebuie constatată de o autoritate competentă.

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

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

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

**20.10.** Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarul au posibilitatea de a comunica, în scris, toate pretențiile cu privire la încheierea, executarea, modificarea sau încetarea Contractului de asigurare.

**20.11.** În cazul în care Contractantul/Asiguratul sau Beneficiarii sunt nemulțumiți de soluționarea cererilor privind Contractul de asigurare se pot adresa Autorității de Supraveghere Financiară, organul responsabil cu supravegherea și controlul dispozițiilor legale în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare.

**20.12.** Pentru informații legate de Asigurarea Medicală Integrală sau privitoare la componența și structura Rețelei private de sănătate se poate consulta site-ul oficial al Asigurătorului [www.groupama.ro](http://www.groupama.ro).



## CONDIȚII SPECIALE - ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ

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

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

Asigurătorul nu va acoperi niciun serviciu medical ce nu este specificat în mod clar ca serviciu medical acoperit în Condițiile de asigurare și în „Lista de servicii medicale”, conform Pachetului de acoperiri. Pentru orice alte servicii medicale, Asiguratul va acoperi costul acestora pe propria cheltuială. Prezenta asigurare nu acoperă servicii medicale în ambulatoriu în afara Rețelei private de sănătate.

### 1. SERVICIILE Call Center

Asigurătorul oferă Asiguratului/Persoanei dependente posibilitatea de a folosi serviciile Call Center, prin care beneficiază de suport al personalului medical, unde Asiguratul/Persoana dependentă se poate adresa, 24 de ore din 24, 7 zile pe săptămână, pentru:

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

Solicitarea acestor informații nu constituie, în sine, acoperirea automată a serviciilor medicale sau autorizarea efectuării acestora. Este obligatorie solicitarea prealabilă de către Asigurat, prin Call Center, a serviciilor medicale acoperite de prezentul Contract de asigurare.

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

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

- a) Anamneza și istoricul medical al Asiguratului;
- b) Setul anual de analize;
- c) Recomandări în funcție de rezultatele obținute.

Această acoperire va putea fi accesată prin programare în Call Center, începând cu a doua lună de asigurare.

Setul anual de analize, în funcție de sexul Asiguratului:

- *Bărbați:* Hemoleucogramă, VSH, Colesterol total, Transaminaze (TGO,TGP), Glicemie, Creatinină serică, Sumar de urină
- *Femei:* Hemoleucogramă, VSH, Colesterol total, Transaminaze (TGO, TGP), Glicemie, Creatinină serică, Sumar de urină, Test Papanicolau clasic

### 3. CONSULTAȚII MEDICALE în Rețeaua privată de sănătate

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

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

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

Serviciile medicale marcate special în „Lista de servicii medicale” se acoperă numai la recomandarea medicului Asigurătorului.

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

Consultațiile medicale cuprind diagnosticul, indicația medicamentoasă și/sau indicații igienico-dietetice.

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

În cazul în care este necesar un control medical al Asiguratului la un medic a cărui specialitate nu se regăsește în „Lista de servicii medicale” oferite de Rețeaua privată de sănătate, Asiguratul va suporta costul serviciului medical respectiv.

#### **4. SERVICII DE AMBULANȚĂ ȘI URGENȚE MEDICALE în Rețeaua privată de sănătate**

Pentru situațiile medicale de urgență, ori de câte ori este nevoie pe durata Contractului de asigurare, Asiguratul are la dispoziție Hotline-ul Medical al Asigurătorului unde medicul poate identifica urgența medicală, oferă indicații de programare la un consult medical, decide necesitatea de deplasare a ambulanței către Asigurat.

În cazul în care Asiguratul necesită servicii de ambulanță, Asigurătorul va furniza acest serviciu, condiția fiind ca Asiguratul să primească acceptul Asigurătorului, ca urmare a apelării numărului de Hotline medical.

Această acoperire este valabilă în perimetrul oricărui oraș din țară în care există acoperire pentru servicii de ambulanță privată. Serviciile medicale de urgență și transportul medical de urgență acoperă constatarea situațiilor medicale de urgență, asistența medicală în urgențe medico-chirurgicale de gradul 2 și trimiterea cu ambulanța către spital. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa de urgență.

Asigurătorul oferă Asiguratului în caz de nevoie, facilitarea cazurilor medicale în peste 20 de spitale de stat.

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

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

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

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

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

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

Testele de laborator din prezenta asigurare acoperă peste 200 de indicatori, ori de câte ori Asiguratul are nevoie, în vederea diminuării probabilității de producere a riscului asigurat.

Tipurile de teste de laborator acoperite sunt: hematologie, biochimie, analize urină, bacteriologie, electroforeză, electroliți, enzime, hemostază și coagulare, markeri virali, parazitologie, hormoni, imunologie, markeri tumorali, markeri infecțioși, genetică, testare droguri.

În cadrul serviciilor medicale de Imagistică sunt acoperite: ecografie peste 80 de tipuri, computer tomograf, RMN (rezonanță magnetică nucleară), osteodensiometrie, mamografii, radiologie.

Serviciile medicale marcate special în „Lista de servicii medicale” se acoperă numai la recomandarea medicului Asigurătorului.

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

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

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

Asiguratul are acces la Sistemul de Recuperare Medicală DAVID, ori de câte ori are nevoie, în limita Pachetului de acoperiri și a „Listei de servicii medicale”.

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

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

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

Protocoalele de sarcină acoperă consultații, teste de laborator, investigații de imagistică specifice fiecărui trimestru de sarcină, prezentate detaliat în „Lista de servicii medicale”.

Acestea sunt acoperite începând cu luna a 11-a a Contractului de asigurare. În cazul în care contractul este reînnoit anual fără întreruperi, această perioadă de așteptare se aplică numai o singură dată, la începerea acestuia.

Toate serviciile de ambulator (consultații de specialitate, laborator, imagistică etc.) de pe durata sarcinii și care sunt legate de

sarcină, se achită integral în primele 10 luni de asigurare.

Serviciile medicale marcate special în „Lista de servicii medicale”, se acoperă numai la recomandarea medicului Asigurătorului. Asiguratul are obligația de a achita integral coplata, acolo unde aceasta este menționată în „Lista de servicii medicale”, pentru serviciul medical prestat.

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

#### **9. VACCINĂRI în Rețeaua privată de sănătate**

Prezența asigurare acoperă manopera pentru vaccinările pediatrie incluse în calendarul de vaccinare obligatorie din România, obținute prin CAS în vederea diminuării probabilității de producere a riscului asigurat, pentru pachetele A, B și C. Numai pentru pachetul C, asigurarea acoperă și vaccinul antigripal.

Manopera este gratuită pentru substanțele obținute prin CAS sau medicul de familie din REGINA MARIA.

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

#### **10. SERVICII SPECIALE în Rețeaua privată de sănătate**

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

- Acces și depozitare în Banca Centrală de Celule Stem, pentru pachetele A, B, C;
- VIP Health Check (vizită medicală completă ce include consultații, investigații, analize de laborator efectuate într-o singură zi) pentru pachetele A, B, C;
- Consultații în Parteneriatul Academic, pentru pachetele A, B și C.

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

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

## CONDIȚII DE ASIGURARE

### CLAUZA SUPLIMENTARĂ PENTRU SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ

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

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

Definițiile unor termeni care se regăsesc în Condițiile de asigurare sunt:

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

#### 1. OBIECTUL ASIGURĂRII

**1.1.** În cazul în care, pe durata asigurării, Asiguratul va necesita o internare într-un spital, ca urmare a unui accident sau a unei boli, iar pentru această internare s-a obținut autorizarea și formularul de trimitere de la un medic al Rețelei private de sănătate, Asigurătorul se obligă să plătească, în baza prezentei clauze suplimentare, în limitele și conform condițiilor stabilite, indemnizația de asigurare cuvenită, în cuantumul și duratele prevăzute în „Lista de acoperiri”, dacă a fost plătită prima de asigurare.

**1.2.** Asigurătorul va plăti indemnizația zilnică de spitalizare, pentru cel puțin 1 zi de spitalizare ca urmare a producerii unui accident sau a diagnosticării unei boli, în perioada de valabilitate a asigurării. Perioada de spitalizare maximă pentru un eveniment asigurat este precizată în Lista de acoperiri.

**1.3.** Pentru primele 30 de zile de la data intrării în valabilitate a prezentei clauze, se acordă indemnizația zilnică de asigurare, numai pentru riscul asigurat produs ca urmare a unui accident. Această prevedere nu se aplică în cazul reînnoirii anuale neîntrerupte a prezentei asigurării. Pentru orice întrerupere a continuității acestei clauze suplimentare, la reluarea acesteia, se va aplica perioada de așteptare.

**1.4.** Prin prezenta clauză suplimentară sunt acoperite maxim cinci spitalizări, pe durata anului de asigurare, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive apărute la maxim 90 de zile de la prima externare.

**1.5.** Clauza suplimentară pentru spitalizare nu se acordă pentru cazurile în care pe durata spitalizării se efectuează o intervenție chirurgicală, aceasta fiind acoperită prin clauza pentru intervenții chirurgicale din orice cauză.

**1.6.** Clauza suplimentară pentru spitalizare nu se acordă pentru cazurile în care pe durata spitalizării, are loc o naștere, aceasta fiind acoperită prin clauza suplimentară pentru naștere.

#### 2. ÎNCHEIEREA CLAUZEI SUPLIMENTARE

**2.1.** Prezenta clauză suplimentară se acordă Asiguratului începând cu vârsta de 16 ani, vârsta maximă de contractare a asigurării fiind de 64 de ani. Asigurarea expiră la prima aniversare a Contractului de asigurare, după împlinirea vârstei de 65 de ani a Asiguratului. Prezenta clauză suplimentară se acordă Persoanelor dependente începând cu vârsta de 1 luna (30 zile), vârsta maximă de contractare a asigurării fiind de 23 de ani, acoperite prin Polița de asigurare. Asigurarea expiră la prima aniversare a Contractului de asigurare, după împlinirea vârstei de 24 de ani a Asiguratului.

**2.2.** Clauza suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Polița de asigurare, odată cu asigurarea de bază.

#### 3. PRIMA DE ASIGURARE

**3.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de suma asigurată, durata asigurării,

starea de sănătate, ocupația Asiguratului, practicarea de sporturi, hobby-uri, evaluarea riscului medical, de rezidență etc.

**3.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății aferente prezentei clauze suplimentare sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.

#### 4. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

**4.1.** Asiguratul trebuie să obțină autorizarea Asigurătorului pentru efectuarea spitalizării înainte de data internării, iar în caz de internare ca urmare a unui accident, în cazul imposibilității obținerii autorizării, nu mai târziu de 5 zile de la data externării.

În cazul efectuării unei spitalizări pentru care nu s-a obținut autorizația Asigurătorului sau pentru care nu sunt respectate prezentele Condiții de asigurare, Asigurătorul nu are obligația de plată.

**4.2.** Pentru spitalizarea autorizată efectuată în Rețeaua privată de sănătate, indemnizația de spitalizare va fi achitată direct de Asigurător către Rețea.

**4.3.** Pentru spitalizarea autorizată efectuată în afara Rețelei private de sănătate, indemnizația de spitalizare va fi achitată de Asigurător către Asigurat/Beneficiar, în limita sumei asigurate și a limitei indemnizației zilnice și duratei din „Lista de acoperiri”.

Pentru pachetul Premium, indemnizația pentru spitalizarea autorizată efectuată în afara Rețelei, se acordă și pentru spitalizarea efectuată în afara țării, în limita maximă a sumei asigurate și a limitei indemnizației și a duratei din „Lista de acoperiri”.

**4.4.** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă spitalizarea s-a efectuat în afara Rețelei, Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente:

- a) cererea indemnizației de asigurare;
- b) copia Poliței de asigurare și a Cardului de Asigurat;
- c) dovada plății ultimei prime de asigurare achitate;
- d) procesul verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot dovedi circumstanțele producerii accidentului (copie), dacă e cazul: declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemia, adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
- e) copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a spitalizării.

Aceste documente trebuie prezentate Asigurătorului în termen de maxim 5 zile de la data eliberării acestora.

- f) adeverința medicală/copia fișei medicale;
- g) acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: copia actului de identitate (buletin/carte de identitate), pentru cetățenii români sau copia pașaportului, pentru cetățenii străini;
- h) alte documente cerute de Asigurător care să ateste producerea riscului asigurat, pentru a determina legalitatea plății și nivelul indemnizației de asigurare.

**4.5.** Pentru cazurile în care spitalizarea depășește acoperirile prezentei asigurări, costurile suplimentare vor fi suportate de Asigurat.

**4.6.** Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat/Contractant/Beneficiar, pentru spitalizare autorizată de Asigurător și efectuată în străinătate, în cazul în care Contractul este încheiat pentru pachetul Premium.

**4.7.** Asigurătorul va determina cuantumul indemnizației de asigurare care urmează a fi plătită, în funcție de documentele constitutive ale dosarului de daună și în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea riscului asigurat. Prin încheierea prezentei clauze suplimentare, Asiguratul îl mandatează pe Asigurător să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată stabili împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat.

Asigurătorul are dreptul de a investiga prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile care au fost îndeplinite în vederea spitalizării.

**4.8.** Plata indemnizației de asigurare, în cazul spitalizării autorizate în afara Rețelei, se va face după cel mult 15 zile de la data depunerii ultimului document solicitat de Asigurător tuturor părților care pot contribui la stabilirea cu exactitate a împrejurărilor și a cauzelor producerii riscului asigurat.

**4.9.** În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, pentru spitalizarea în afara Rețelei, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați, iar în cazul în care nu au fost desemnați, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

**4.10.** Începerea procedurii de stabilire și evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a indemnizației de asigurare.

#### 5. EXCLUDERI

Pentru prezenta clauză suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice:

- a) orice condiție pre-existentă;

- b) otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- c) afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident;
- d) chirurgia plastică și reparatorie, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei clauze suplimentare;
- e) chirurgia estetică, implantologia;
- f) infertilitatea, sterilitatea, fecundarea artificială, întreruperea de sarcină, nașterea;
- g) controalele medicale de rutină, cercetările exploratorii sau investigațiile; tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale; asistența medicală acordată de homeopati, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapia, tratamentele balneoclimaterice etc.);
- h) bolile congenitale;
- i) bolile cu transmitere sexuală;
- j) epidemia națională sau pandemia, confirmate de autoritățile competente.

## 6. ÎNCETAREA VALABILITĂȚII CLAUZEI SUPLIMENTARE

Prezenta clauză suplimentară încetează:

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

## 7. TERITORIALITATE

Prezenta clauză acoperă spitalizarea:

- pentru pachetele Basic și Medium, numai în România;
- pentru pachetul Premium, în Rețea numai în România, iar în afara Rețelei atât în România cât și în străinătate.

Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

## CONDIȚII DE ASIGURARE

### CLAUZA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ

Prezentele condiții de asigurare reglementează clauza suplimentară pentru intervenții chirurgicale din orice cauză, alături de Condițiile Generale privind Asigurarea Medicală Integrală.

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

Definițiile unor termeni care se regăsesc în Condițiile de asigurare sunt:

<b>Indemnizația de asigurare</b>	este suma de bani pe care Asigurătorul o plătește ca urmare a intervenției chirurgicale suferite de Asigurat, conform Condițiilor de asigurare.
<b>Intervenția chirurgicală</b>	reprezintă procedura medicală efectuată în scop terapeutic, considerată necesară din punct de vedere medical, pentru evitarea agravării stării de sănătate a Asiguratului ca urmare a consecințelor unui accident sau ale unei boli, care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății și care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

#### 1. OBIECTUL ASIGURĂRII

**1.1.** În cazul în care Asiguratul suferă o intervenție chirurgicală, în urma unui accident sau a unei boli, în perioada de valabilitate a acestei clauze suplimentare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, dacă a autorizat efectuarea acesteia, conform Condițiilor de asigurare și a Listei de acoperiri. Dacă intervenția chirurgicală nu a fost autorizată de Asigurător, acesta nu are obligația de plată.

Intervenția chirurgicală trebuie efectuată în perioada de valabilitate a asigurării, în cel mult 180 de zile de la data accidentului / diagnosticării bolii.

Intervențiile chirurgicale pot fi efectuate în Rețea sau în afara Rețelei. Lista intervențiilor chirurgicale ce pot fi efectuate în Rețea sunt disponibile la adresa [www.groupama.ro](http://www.groupama.ro).

**1.2.** Pentru prima lună de la data intrării în valabilitate a acestei clauze, sunt acoperite numai intervențiile chirurgicale efectuate ca urmare a unui accident. Această prevedere nu se aplică în anii în care această clauză a fost reînnoită anual, neîntrerupt. Pentru orice întrerupere a continuității acestei clauze suplimentare, la reluarea acesteia, se va aplica perioada de așteptare.

**1.3.** Indemnizațiile de asigurare plătite de Asigurător pentru anul de asigurare în curs se încadrează în limita maximă de 100% din suma asigurată specificată în Polița de asigurare.

**1.4.** În cazul în care Asiguratul va fi supus, pentru același accident, mai multor intervenții chirurgicale, Asigurătorul va acorda indemnizația de asigurare corespunzătoare intervenției chirurgicale cu cel mai ridicat grad de dificultate.

#### 2. ÎNCHEIEREA CLAUZEI SUPLIMENTARE

**2.1.** Prezenta clauză suplimentară se acordă Asiguratului începând cu vârsta de 16 ani, vârsta maximă de contractare a asigurării fiind de 64 de ani. Asigurarea expiră la prima aniversare a Contractului de asigurare, după împlinirea vârstei de 65 de ani a Asiguratului. Prezenta clauză suplimentară se acordă Persoanelor dependente începând cu vârsta de 1 luna (30 zile), vârsta maximă de contractare a asigurării fiind de 23 de ani, acoperite prin Polița de asigurare. Asigurarea expiră la prima aniversare a Contractului de asigurare, după împlinirea vârstei de 24 de ani a Asiguratului.

**2.2.** Clauza suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Polița de asigurare, odată cu asigurarea de bază.

#### 3. PRIMA DE ASIGURARE

**3.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de suma asigurată, durata asigurării, starea de sănătate, ocupația Asiguratului, practicarea de sporturi, hobby-uri, evaluarea riscului medical, de rezidență etc.

**3.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei clauze suplimentare, sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.

#### 4. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

**4.1.** În funcție de unitatea medicală unde are loc intervenția chirurgicală, plata indemnizației de asigurare se face după cum urmează:

- dacă intervențiile chirurgicale autorizate se efectuează în Rețeaua privată de sănătate, costul acestora se achită direct

de către Asigurător, către Rețea, conform listei de prețuri practicate la data efectuării intervenției. Lista intervențiilor chirurgicale ce pot fi efectuate în Rețea sunt disponibile la adresa [www.groupama.ro](http://www.groupama.ro).

- dacă intervențiile chirurgicale, în urma autorizării de către Asigurător, nu sunt efectuate în Rețea, ci în afara ei, indemnizația de asigurare se acordă Asiguratului, după prezentarea documentelor necesare pentru acordarea acesteia către Asigurător, în limitele pachetului de servicii achiziționat, conform tabelului de clasificare a intervențiilor chirurgicale.

În cazul în care Contractul este încheiat pentru pachetul Premium, sunt acoperite și intervențiile chirurgicale efectuate în afara Rețelei, autorizate și efectuate în străinătate.

**4.2.** Asigurătorul va stabili valoarea indemnizației de asigurare, pentru intervențiile chirurgicale în afara Rețelei, în funcție de gradul de dificultate a intervenției chirurgicale.

În tabelul „Clasificarea intervențiilor chirurgicale” sunt prezentate cele mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora.

Dacă intervenția chirurgicală nu este prevăzută în tabel, atunci Asigurătorul va considera o indemnizație de asigurare similară cu cea pentru o intervenție chirurgicală cu același grad de dificultate.

**4.3.** În decursul unui an de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare pentru intervențiile chirurgicale efectuate în afara Rețelei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale, astfel:

- Intervenție chirurgicală mică - 25% din suma asigurată/eveniment
- Intervenție chirurgicală medie - 50% din suma asigurată/eveniment
- Intervenție chirurgicală mare - 75% din suma asigurată/eveniment
- Intervenție chirurgicală foarte mare - 100% din suma asigurată/eveniment

**4.4.** Asiguratul trebuie să înștiințeze Asigurătorul în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 5 zile de la momentul efectuării intervenției chirurgicale autorizate, pentru intervenții chirurgicale efectuate în afara Rețelei.

**4.5.** Asigurătorul are dreptul să investigheze, prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile care au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.

**4.6.** În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, pentru intervențiile chirurgicale efectuate în afara Rețelei de sănătate, Asiguratul trebuie să transmită următoarele documente:

- a) Polița de asigurare în vigoare Card de Asigurat/(copie);
- b) dovada achitării ultimei prime de asigurare;
- c) certificatul de naștere/actul de identitate/pașaportul Asiguratului (copie);
- d) procesul verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii unui accident (copie), dacă intervenția chirurgicală este efectuată ca urmare a unui accident: declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adevăruri medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
- e) foaia de observație (copie), biletul de externare (copie), adevărura medicală sau orice document eliberat ca urmare a efectuării intervenției chirurgicale. Aceste documente se vor transmite în termen de maxim 5 zile de la data eliberării acestora;
- f) acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: act de identitate/pașaport (copie);
- g) alte documente solicitate de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al indemnizației de asigurare.

**4.7.** Plata indemnizației de asigurare, în cazul intervenției chirurgicale în afara Rețelei, se va face după cel mult 15 zile de la data depunerii ultimului document solicitat de Asigurător tuturor părților care pot contribui la stabilirea cu exactitate a împrejurărilor și a cauzelor producerii riscului asigurat.

**4.8.** Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat, pentru intervenții chirurgicale efectuate în afara Rețelei, în cazul în care Contractul a fost încheiat pentru pachetul Premium.

**4.9.** Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenite, aferentă acestei clauze, pentru intervenții chirurgicale efectuate în afara Rețelei, aceasta va fi plătită Beneficiarilor în caz de deces al Asiguratului/moștenitorilor.

**4.10.** Începerea procedurii de stabilire și de evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a indemnizației de asigurare.

## 5. EXCLUDERI

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

- a) procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- b) chirurgia plastică și reparatorie, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor accidentului;



- c) chirurgia estetică, implantologia;
- d) manevrele care nu implică folosirea unei tehnici invazive, extragerea corpurilor străini, superficiali, de la nivelul pielii, conjunctivei, corneei, intranazali etc.;
- e) afecțiunile superficiale ale țesutului cutanat și subcutanat (incizii, excizii, sutură);
- f) afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii cauzate de accident;
- g) orice investigații invazive, inclusiv tehnicile de diagnosticare sau cele preoperatorii;
- h) tratamentul infertilității, sterilității, fecundarea artificială, întreruperea de sarcină, nașterea;
- i) tentativa de sinucidere sau de de auto-rănire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune;
- j) bolile congenitale;
- k) bolile cu transmitere sexuală.

**6. ÎNCETAREA VALABILITĂȚII CLAUZEI SUPLIMENTARE**

Prezenta clauză suplimentară încetează:

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

**7. TERITORIALITATE**

Prezenta clauză acoperă intervențiile chirurgicale:

- pentru pachetele Basic sau Medium, în Rețea sau în afara Rețelei, numai în România;
- pentru pachetul Premium, intervențiile chirurgicale în Rețea sunt acoperite numai în România, iar cele în afara Rețelei sunt acoperite atât în România, cât și în străinătate.

Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

**CLASIFICAREA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE**

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

**CAP-GÂT**

Carcinom al buzelor cu rezecția ganglionilor regionali .....	MARE
Glosectomie parțială .....	MARE
Carcinom al limbii cu rezecția totală a glandelor .....	MARE
Operație radicală pentru tumoră malignă a cerului gurii .....	MARE
Rezecția maxilarului .....	MARE
Rezecția unei tumori a glandei parotide .....	MARE
Rezecția totală a glandelor limfatice ale gâtului (Block Dissection) .....	MARE
Tiroidectomie .....	MARE
Operație pentru tumoră a glandei parotide .....	MARE
Buză de iepure .....	MEDIE
Rezecția glandelor salivare .....	MEDIE
Rezecția unui chist sau fistule bronhice .....	MEDIE
Rezecția unui chist sau fistule tiroglosale .....	MEDIE
Rezecția unei litiaze salivare .....	MICĂ
Operație plastică a buzelor (consecința unui accident) .....	MICĂ
Disecția frâului limbii .....	MICĂ

**SÂN**

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

**ABDOMEN**

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

**FICAT ȘI CĂI BILIARE**

Incizia și drenajul abcesului hepatic .....	MARE
Chist hidatic, marsupializare, drenaj sau alte intervenții .....	MARE
Hepatectomie parțială .....	MARE
Colecistectomie .....	MARE
Colecistectomie și investigarea canalului biliar .....	MARE
Anastomoza canalelor biliare (endohepaticelor) la tubul digestiv .....	FOARTE MARE
Operație pe canalul biliar .....	MARE

**VENE**

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

**PANCREAS**

Cancer al capului pancreasului (anastomoză biliaro-digestivă) .....	MARE
Pancreatoduodenostemie .....	FOARTE MARE
Chist pancreatic .....	MARE
Sfincterectomie .....	MARE

**SPLINĂ - SUPRARENALĂ**

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

**SISTEMUL SIMPATIC**

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

**GANGLIONI ȘI GLANDE LIMFATICE**

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

**TENDOANE**

Tendonectomie .....	MICĂ
Sutura tendoanelor .....	MICĂ
Transplant de tendoane .....	MEDIE

**PIELE ȘI ȚESUTURI CUTANATE ȘI SUBCUTANATE**

Incizia și drenajul inflamațiilor, sutura contuziilor .....	MICĂ
Rezecția unei tumori a pielii sau a țesuturilor subcutanate .....	MICĂ
Rezecția microtumozilor benigne inflamative sau a altor afecțiuni (flegmoane ale pielii, înrudite cu acestea) .....	MICĂ
Rezecția unor mici procese inflamative sau congenitale ale pielii .....	MICĂ
Chist al coccisului .....	MICĂ
Melanom malign, operare radicală sau operație plastică .....	MARE
Transplant de piele, grefă simplă .....	MICĂ
Grefă pedunculară .....	MEDIE
Sutură plăgi (postraumatică) .....	MICĂ

**DIVERSE**

Sinus pilonidal .....	MICĂ
Acronix simplu .....	MICĂ
Acronix total .....	MICĂ
Anastomoze arteriovenoase (Shunt) .....	MARE

**OPERAȚII TORACICE**

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

**OPERAȚII UROLOGICE**

Pielotomie cu extracția calculilor renali .....	MARE
---	------

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

**Operații otorinolaringologice**

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

**Operații oftalmologice**

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

**Operații neurochirurgicale**

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

Rezecția meningelui .....	MARE
<b>NERVI CRANIENI</b>	
Operație pe nervul auditiv .....	MARE
<b>MĂDUVA SPINĂRII</b>	
Transplant de măduvă .....	FOARTE MARE
Cordotomie .....	MARE
Laminectomie .....	MARE
Tumori ale măduvei spinării .....	MARE
Rizotomie .....	MEDIE
<b>NERVI PERIFERICI</b>	
Neurectomie (rezecția unui segment al unui nerv) .....	MARE
Neurosură primară sau secundară .....	MARE
Rezecția locală a neuromatoamelor (tumori nervoase) .....	MEDIE
<b>OPERAȚII ORTOPEDICE</b>	
Închiderea unei fracturi deschise (pe oase lungi) .....	MARE
Operarea unei fracturi complicate a oaselor lungi .....	MARE
Închiderea unei fracturi deschise a altor oase .....	MEDIE
Reducerea sub narcoză a unei fracturi închise .....	MICĂ
Artrotomie care cuprinde și rezecția corpului liber .....	MEDIE
Artroplastie a unei articulații mari .....	MARE
Operație de menisc .....	MEDIE
Osteotomie a oaselor lungi .....	MARE
Rezecția unei exostoze .....	MICĂ
Rezecția unei pungi care comunică cu o articulație mare .....	MEDIE
Rezecția unei pungi care comunică cu o articulație mică .....	MICĂ
Rezecția unui ganglion .....	MICĂ
Rahischizis posterior .....	MARE
Osteosinteză oase lungi .....	MARE
Osteosinteză oase scurte .....	MEDIE
<b>MEMBRE SUPERIOARE</b>	
Operație pentru luxație humerală repetată .....	MEDIE
Operație pentru sindromul tunelului carpian .....	MEDIE
<b>MEMBRE INFERIOARE</b>	
Fractură cervicală a femurului .....	MARE
Patelectomie .....	MEDIE
Excizia rotulei .....	MEDIE
Artrodeza triplă (tripla rigidizare a unei articulații) .....	MARE
Operație pentru valgus a degetului mare .....	MEDIE
<b>AMPUTĂRI</b>	
De la umăr .....	MARE
De la braț .....	MARE
De la cot .....	MARE
De la antebrăț .....	MARE
De la carpus (articulația radiocarpiană) .....	MARE
De la articulația șoldului .....	MARE
De la coapsă .....	MARE

De la tibie .....	MARE
De la articulația talocrurală (gleznă) .....	MARE
De la metatarsus sau metacarpus .....	MEDIE
Amputări de degete .....	MEDIE

**Operații ginecologice**

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

## CONDIȚII DE ASIGURARE

### CLAUZA SUPLIMENTARĂ PENTRU NAȘTERE

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile clauzei suplimentare pentru naștere, alături de Condițiile Generale privind Asigurarea Medicală Integrală.

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

Definițiile unor termeni care se regăsesc în Condițiile de asigurare sunt:

**Naștere:** act fiziologic prin care fătul, ajuns în stadiul de maturitate (în săptămâna 36 sau mai mult), este expulzat sau extras din cavitatea uterină.

**Suma asigurată pentru naștere:** limita maximă a indemnizației de asigurare pe care Asigurătorul o plătește în cazul producerii riscului asigurat.

#### 1. OBIECTUL ASIGURĂRII

**1.1.** În cazul în care persoana asigurată va naște pe durata asigurării, în urma obținerii autorizației, într-un spital al Rețelei private de sănătate sau în alt spital privat sau de stat, Asigurătorul se obligă să plătească, în baza prezentei clauze suplimentare, în limitele și conform condițiilor stabilite, indemnizația de asigurare cuvenită, în cuantumul stabilit în "Lista de acoperiri", dacă a fost plătită prima de asigurare.

Persoana asigurată este obligată să se prezinte în primele 24 de săptămâni de sarcină la unul dintre medicii din Rețea pentru a fi luată în evidență și pentru semnarea Contractului de naștere.

Serviciile acoperite pentru nașterea autorizată în Rețea, în cazul în care contractul a fost încheiat pentru pachetul Medium:

- 3 zile cazare în cameră dublă, toate mesele, toate medicamentele și consumabilele nașterii, nașterea în sine cu medic standard (medic fără tarife speciale pentru naștere);
- în cazul achiziției Opțiunii Stem, se vor oferi condiții de cazare în rezervă single.

Serviciile acoperite pentru nașterea autorizată în Rețea, în cazul în care contractul a fost încheiat pentru pachetul Premium:

- 3 zile cazare în cameră single, toate mesele, toate medicamentele și consumabilele nașterii, nașterea în sine cu medic standard (medic fără tarife speciale pentru naștere);
- 3 consulturi incluse (neonatologie și/sau pediatrie);
- posibilitatea acomodării unui însoțitor, contra cost (90 euro/zi);
- 50% reducere la prelevarea de țesut de cordon ombilical, la achiziția Opțiunii Stem.

**1.2.** Nașterea a doi sau mai mulți copii (gemeni, tripleți etc.) este considerată un singur eveniment asigurat, pentru care se acordă o singură indemnizație de asigurare.

**1.3.** Pentru primele 10 luni ale asigurării, începând cu data intrării în valabilitate a prezentei asigurări sau intrarea în asigurare a unei noi persoane asigurate, Asigurătorul nu acordă indemnizația de naștere, dacă nașterea a avut loc în această perioadă.

**1.4.** Prin prezenta clauză suplimentară, suma asigurată pentru naștere se acordă o singură dată pe durata anului de asigurare.

#### 2. ÎNCHEIEREA CLAUZEI SUPLIMENTARE

**2.1.** Prezenta clauză suplimentară poate fi încheiată Asiguratului începând cu vârsta de 16 ani, vârsta maximă de contractare a asigurării fiind de 64 de ani. Asigurarea expiră la prima aniversare a Contractului de asigurare, după împlinirea vârstei de 65 de ani a Asiguratului. Prezenta clauză suplimentară se acordă și Persoanelor dependente, acoperite prin Polița de asigurare.

**2.2.** Clauza suplimentară intră în vigoare prin plata primei de asigurare corespunzătoare, dar nu mai devreme de data înscrisă în Polița de asigurare, odată cu asigurarea de bază.

#### 3. PRIMA DE ASIGURARE

**3.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de suma asigurată, durata asigurării, starea de sănătate, ocupația Asiguratului, practicarea de sporturi, hobby-uri, evaluarea riscului medical, de rezidență etc.

**3.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor și moneda plății, aferente prezentei clauze suplimentare, sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.

#### 4. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

**4.1.** În funcție de tipul spitalului în care a avut loc nașterea autorizată, Asigurătorul va plăti:

- direct, în locul Asiguratului, indemnizația pentru naștere, dacă nașterea a avut loc în Rețeaua privată de sănătate, conform sumei asigurate menționate în Lista de acoperiri;
- indemnizația pentru naștere Asiguratului/Beneficiarului, dacă nașterea a avut loc într-un spital privat sau de stat, altele decât cele din Rețeaua privată de sănătate, conform sumei asigurate menționate în "Lista de acoperiri".

**4.2.** În cazul în care Contractul a fost încheiat pentru pachetul Premium, dacă nașterea a avut loc în afara țării, se acordă indemnizația de asigurare, în funcție de tipul spitalului – privat sau de stat, conform Listei de acoperiri.

**4.3.** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, dacă nașterea a avut loc în afara Rețelei, inclusiv în străinătate, Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente:

- a) cererea indemnizației de asigurare;
- b) copia Poliței de asigurare și a Cardului de Asigurat;
- c) dovada plății ultimei prime de asigurare achitate;
- d) copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a internării pentru naștere, cu datele de identificare ale spitalului;
- e) adeverința medicală/copia fișei medicale;
- f) acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: copia actului de identitate (buletin/carte de identitate), pentru cetățenii români, sau copia pașaportului, pentru cetățenii străini;
- g) alte documente cerute de Asigurător care să ateste producerea riscului asigurat, pentru a determina legalitatea plății și nivelul indemnizației de asigurare.

Aceste documente trebuie prezentate Asigurătorului în termen de maxim 5 zile de la data eliberării acestora.

**4.4.** Pentru cazurile în care costurile nașterii depășesc indemnizațiile acoperite prin prezenta asigurare, costurile suplimentare vor fi suportate de Asigurat.

**4.5.** Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat/Contractant/Beneficiar, pentru nașterea autorizată de Asigurător și efectuată în străinătate, în cazul în care Contractul a fost încheiat pentru pachetul Premium.

**4.6.** Asigurătorul va determina cuantumul indemnizației de asigurare care urmează a fi plătită, în funcție de documentele constitutive ale dosarului de daună și în conformitate cu prevederile prezentei condiții de asigurare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea riscului asigurat. Prin încheierea prezentei clauze suplimentare, Asiguratul îl mandatează pe Asigurător să acționeze, în numele său și pentru sine, la îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată stabili împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat.

**4.7.** Plata indemnizației de asigurare, în cazul nașterii autorizate în afara Rețelei, se va face după cel mult 15 zile de la data depunerii ultimului document solicitat de Asigurător tuturor părților care pot contribui la stabilirea cu exactitate a împrejurărilor și a cauzelor producerii riscului asigurat.

**4.8.** În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, pentru nașterea în afara Rețelei, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați, iar în cazul în care nu au fost desemnați, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

**4.9.** Începerea procedurii de stabilire și evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a indemnizației de asigurare.

## 5. EXCLUDERI

Pentru prezenta clauză suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile Generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice:

- a) infertilitatea, sterilitatea, fecundarea artificială;
- b) întreruperea de sarcină, dacă nu a fost recomandată medical;
- c) nașterea care nu a avut loc în spital.

## 6. ÎNCETAREA VALABILITĂȚII CLAUZEI SUPLIMENTARE

Prezenta clauză suplimentară încetează:

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

## 7. TERITORIALITATE

Prezenta clauză acoperă nașterea:

- pentru pachetul Medium, numai în România,
- pentru pachetul Premium, în Rețea numai în România, iar în afara Rețelei atât în România cât și în străinătate.

Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.





Call Center: 021 9767  
[www.groupama.ro](http://www.groupama.ro)  
[www.reginamaria.ro](http://www.reginamaria.ro)