Metropolitan Life

Termenii și Condițiile tale de asigurare

Wise Simplu

Cuprins

În această secţiune vei găsi informaţii detaliate despre beneficiile pachetului de baza al asigurării tale de viaţă.

Asigurarea Wise Simplu (L215)

Condiţii generale

Definiţii generale 7
ARTICOLUL 1 - Încheierea asigurării 10
ARTICOLUL 2 - Beneficiile asigurării 10
ARTICOLUL 3 - Data începerii acoperirii prin asigurare 11
ARTICOLUL 4 - Teritoriul 12
ARTICOLUL 5 - Exercitarea drepturilor şi obligaţiilor contractuale 12
ARTICOLUL 6 - Acurateţea declaraţiilor 12
ARTICOLUL 7 - Incontestabilitatea contractului 13
ARTICOLUL 8 - Vârsta de intrare în asigurare și durata contractului de asigurare 13
ARTICOLUL 9 - Plata primei de asigurare 14
ARTICOLUL 10 - Situaţii aplicabile în cazul întreruperii plăţii primelor de asigurare 15
ARTICOLUL 11 - Indexarea componentei de protecţie 16
ARTICOLUL 12 - Încetarea contractului de asigurare 19
ARTICOLUL 13 - Repunerea în vigoare a contractului de asigurare 20
ARTICOLUL 14 - Modificări ale contractului 20
ARTICOLUL 15 - Excluderi aplicabile beneficiului de deces 22
ARTICOLUL 16 - Asigurarea pe timp de război 23
ARTICOLUL 17 - Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor 23
ARTICOLUL 18 - Opţiuni de plată a beneficiilor pentru componenta de investiţii 25
ARTICOLUL 19 - Menţiuni suplimentare în situaţia decesului/ încetării existenţei Titularului sau Beneficiarului 26
ARTICOLUL 20 - Taxe, impozite 26
ARTICOLUL 21 - Comunicări 26
ARTICOLUL 22 - Prevederi contradictorii 27
ARTICOLUL 23 - Independenţa clauzelor 27
ARTICOLUL 24 - Forţa majoră 27
ARTICOLUL 25 - Legea aplicabilă şi Fondul de Garantare al Asiguraţilor 28
ARTICOLUL 26 - Proceduri de soluţionare pe cale amiabilă a reclamaţiilor 28
ARTICOLUL 27 - Litigii 28

Condiţii speciale

Definiţii specifice 29
ARTICOLUL 1 - Contul de investiţii şi rolul său în asigurare 30
ARTICOLUL 2 - Evaluarea unităţilor de fond 30
ARTICOLUL 3 - Modificări ale contului de investiţii 31
ARTICOLUL 4 - Modificarea programelor de investiţii 31
ARTICOLUL 5 - Administrarea contului de investiţii 31
ARTICOLUL 6 - Contract liber de plata primelor 34
ARTICOLUL 7 - Răscumpărarea componentei de investiţii de asigurare 36

Anexa 1 la Condiţiile speciale

Programele de investiţii 38

Anexa 2 la Condiţiile speciale

Tabelul elementelor variabile 39

Vei găsi aici date complete despre beneficiile suplimentare de care poţi avea parte, în cazul în care nevoile tale se vor schimba de-a lungul timpului şi vei adăuga noi clauze asigurării tale de bază, acestea fiind aplicabile în funcţie de opţiunea pe care ţi-ai exprimat-o prin cererea de asigurare sau prin cererile ulterioare.

Exonerare de la plata primelor (L164)

Condiţii Contractuale

Articolul 1 - Definirea invalidităţii totale şi permanente: 41
Articolul 2 - Prevederi generale 41
Articolul 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 42
Articolul 4 - Condiţii pentru limitarea plăţii beneficiului 42
Articolul 5 - Excluderi 43
Articolul 6 - Notificarea evenimentului asigurat 44
Articolul 7 - Dovada continuităţii invalidităţii 45
Articolul 8 - Încetarea contractului suplimentar 45
Articolul 9 - Vârsta de intrare în vigoare şi durata contractului suplimentar 45
Articolul 10 - Schimbarea prevederilor poliţei 46
Articolul 11 - Indemnizaţiile de asigurare 46
Articolul 12 - Contractul suplimentar ca parte a poliţei de asigurare 46

Acordul de protecţie a copilului (L165)

Condiţii Generale

Articolul 1 - Definirea invalidităţii totale şi permanente: 47
Articolul 2 - Prevederi generale 47
Articolul 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 48
Articolul 4 - Condiţii pentru limitarea plăţii beneficiului 48
Articolul 5 - Excluderi 49
Articolul 6 - Notificarea evenimentului asigurat 50
Articolul 7 - Dreptul societăţii în cazul invalidităţii/ decesului Titularului 51
Articolul 8 - Dovada continuităţii invalidităţii 51
Articolul 9 - Încetarea contractului suplimentar 51
Articolul 10 - Vârsta de intrare în vigoare şi durata contractului suplimentar 52
Articolul 11 - Schimbarea prevederilor poliţei 52
Articolul 12 - Indemnizaţiile de asigurare 53
Articolul 13 - Contractul suplimentar ca parte a poliţei de asigurare 53

Beneficii chirurgicale în caz de accident (A500)

Definiţii 54
Articolul 1 - Prevederi generale 55
Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar: 56
Articolul 3 - Durata de valabilitate a contractului suplimentar: 56

Articolul 4 - Încetarea contractului suplimentar 56
Articolul 5 - Beneficii 57
Articolul 6 - Excluderi 58
Articolul 7 - Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor 59
Articolul 8 - Modificarea sumei asigurate 60
Articolul 9 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare de bază 60

Tabel de plăţi

Plăţi pentru intervenţii chirurgicale 61

Beneficii chirurgicale în caz de accident sau îmbolnăvire (A501)

Definiţii: 64
Articolul 1 - Prevederi generale 65
Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 66
Articolul 3 - Beneficii: 66
Articolul 4 - Beneficii asociate sarcinii 67
Articolul 5 - Excluderi 67
Articolul 6 - Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor 68
Articolul 7 - Încetarea contractului suplimentar 69
Articolul 8 - Durata de valabilitate a contractului suplimentar 70
Articolul 9 - Modificarea sumei asigurate 70
Articolul 10 - Contractul suplimentar ca parte a poliţei de asigurare 71

Tabel de plăţi

Plăţi pentru intervenţii chirurgicale 72

Beneficii zilnice de spitalizare în caz de accident (A400)

Definiţii 77
Articolul 1 - Prevederi generale 78
Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar: 79
Articolul 3 - Vârsta şi durata de valabilitate a contractului suplimentar: 79
Articolul 4 - Încetarea contractului suplimentar 80
Articolul 5 - Beneficii 80
Articolul 6 - Excluderi 81
Articolul 7 - Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor 82
Articolul 8 - Modificarea sumei asigurate 83
Articolul 9 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare de bază 84

Beneficii zilnice de spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire (A401)

Definiţii: 85
Articolul 1 - Prevederi generale 86
Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 87
Articolul 3 - Beneficii 88
Articolul 4 - Excluderi 89
Articolul 5 - Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor 90
Articolul 6 - Încetarea contractului suplimentar 91
Articolul 7 - Durata de valabilitate a contractului suplimentar 92
Articolul 8 - Modificarea sumei asigurate 92
Articolul 9 - Contractul suplimentar ca parte a poliţei de asigurare 92

Decesul şi invaliditatea permanentă ca urmare a unui accident (A100 A200)

Condiţii Contractuale

Articolul 1 - Definiţii: 93
Articolul 2 - Prevederi generale 94
Articolul 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 95
Articolul 4 - Beneficii 95
Articolul 5 - Cumul de beneficii 96
Articolul 6 - Excluderi 96
Articolul 7- Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor 97
Articolul 8 - Încetarea contractului suplimentar 98

Articolul 9 - Vârsta de intrare și durata de valabilitate a contractului suplimentar 98
Articolul 10 - Modificarea sumei asigurate 99
Articolul 11 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare 99
Termeni speciali pentru pachetul de asigurare Wise Simplu (referitor la copilul asigurat) 99

Tabel de plăţi pentru invaliditate permanentă

Plăţi pentru invaliditate totală permanentă 100
Plăţi pentru invaliditate parţială permanentă 100

Decesul şi invaliditatea permanentă ca urmare a unui accident cu plata indemnizaţiei sub formă de rate lunare timp de 5 ani (A102 - A202)

Condiţii Contractuale

Articolul 1 - Definiţii: 103
Articolul 2 - Prevederi generale 104
Articolul 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 105
Articolul 4 - Beneficii 105
Articolul 5 - Cumul de beneficii 105
Articolul 6 - Excluderi 106
Articolul 7- Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor 106
Articolul 8 - Încetarea contractului suplimentar 108
Articolul 9 - Vârsta de intrare și durata de valabilitate a contractului suplimentar 109
Articolul 10 - Modificarea sumei asigurate 109
Articolul 11 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare 109

Tabel de plăţi pentru invaliditate permanentă

Plăţi pentru invaliditate totală permanentă 110
Plăţi pentru invaliditate parţială permanentă 110

Decesul din orice cauză (L171)

Termenii şi Condiţiile tale de asigurare

Definiţii generale 113
ARTICOLUL 1 - Prevederi generale 115
ARTICOLUL 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 115
ARTICOLUL 3 - Vârsta de intrare în asigurare și durata contractului de asigurare 116
ARTICOLUL 4 - Scopul asigurării 116
ARTICOLUL 5 - Bonusul pentru 0 despăgubiri 116
ARTICOLUL 6 - Indexarea contractului suplimentar de asigurare 118
ARTICOLUL 7 - Excluderi aplicabile riscului de deces din orice cauză 119
ARTICOLUL 8 - Asigurarea pe timp de război 119
ARTICOLUL 9 - Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor/ a despăgubirilor 120
ARTICOLUL 10 - Încetarea contractului suplimentar de asigurare 122
ARTICOLUL 11 - Modificarea Sumei Asigurate 122
ARTICOLUL 12 - Repunerea în vigoare a contractului suplimentar de asigurare 123
ARTICOLUL 13 - Menţiuni suplimentare în situaţia decesului Beneficiarului 123
ARTICOLUL 14 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare 123

Fracturi şi arsuri din accident (A613)

Definiţii: 124
Articolul 1 - Prevederi generale: 125
Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar: 125
Articolul 3 - Durata de valabilitate a contractului suplimentar: 126
Articolul 4 - Beneficii: 126
Articolul 5 - Scopul asigurării: 126
Articolul 6 - Încetarea contractului suplimentar 126
Articolul 7 - Excluderi: 127
Articolul 8 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor: 128
Articolul 9 - Modificarea sumei asigurate 129
Articolul 10 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare de bază: 129

Tabele de plăţi

Plăţi pentru fracturi 130
Plăţi pentru arsuri 131

Telediagnostic - a doua opinie medicală - Consult medical în caz de îmbolnăvire a Asiguratului (H101)

Telemedicină - Consiliere medicală la distanţă (H103)

Articolul 1. Definiţii 135
Articolul 2. Beneficii 135
Articolul 3. Limite ale răspunderii 136
Articolul 4. Durata contractului Servicii de Telemedicină 136

Smart Protect - Asigurare pentru afecţiuni grave (A901)

Definiţii: 137
Articolul 1 - Prevederi generale 138
Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 139
Articolul 3 - Durata de valabilitate și perioada de acoperire a contractului suplimentar 139
Articolul 4 - Scopul asigurării 139
Articolul 5 - Încetarea contractului suplimentar 140
Articolul 6 - Modificări ale contractului suplimentar 141
Articolul 7 - Afecţiuni acoperite de asigurare 141
Articolul 8 - Excluderi generale 142
Articolul 9 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor 143
Articolul 10 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare de bază 144
Anexă - Exemplu de calcul al Primei de asigurare 145

Ultramed - Asigurare extinsă pentru afecţiuni grave (L061)

Condiţii Contractuale

Definiţii 147
ARTICOLUL 1 - Prevederi generale: 148
ARTICOLUL 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar: 149
ARTICOLUL 3 - Durata de valabilitate și perioada de acoperire a contractului suplimentar 149
ARTICOLUL 4 - Scopul asigurării 149
ARTICOLUL 5 - Încetarea contractului suplimentar 150
ARTICOLUL 6 - Modificarea contractului 151
ARTICOLUL 7 - Afecţiuni acoperite de asigurare 152
ARTICOLUL 8 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor 160
ARTICOLUL 9 - Contractul suplimentar ca parte a a contractului de asigurare de bază 161

ANEXA - Exemplu de calcul al Primei de asigurare

Clauza Top Protect (L063)

Termeni și Condiţii Contractuale

ARTICOLUL 1 - Prevederi generale 163
ARTICOLUL 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 164
ARTICOLUL 3 - Definiţii 164
ARTICOLUL 4 - Obiectul asigurării 168
ARTICOLUL 5 - Îmbolnăvirile/ afecţiunile şi procedurile medicale acoperite 169
ARTICOLUL 6 – Servicii și cheltuieli acoperite 169
ARTICOLUL 7 - Excluderi 173
ARTICOLUL 8 - Procedura de despăgubire 175
ARTICOLUL 9 - Încetarea contractului suplimentar 178
ARTICOLUL 10 - Evoluţia Primei de asigurare 179
ARTICOLUL 11 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare 179

Componenta de investiţii Invest Extra (L217)

Condiţii generale

Definiţii generale 181
Definiţii generale pentru Componenta principală de investiţii 182
Definiţii generale pentru Componenta suplimentară de investiţii – Invest Extra 182
ARTICOLUL 1 - Încheierea asigurării 183
ARTICOLUL 2 - Beneficiile asigurării 183
ARTICOLUL 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar 183
ARTICOLUL 4 - Vârsta de intrare în asigurare şi durata contractului suplimentar de asigurare 184
ARTICOLUL 5 - Plata primei suplimentare de investiţie 184
ARTICOLUL 6 - Componenta suplimentară de investiţii în contextul alocării bonusurilor 184
ARTICOLUL 7 - Încetarea contractului de asigurare 185
ARTICOLUL 8 - Contractul suplimentar ca parte a poliţei de asigurare 185

Condiţii speciale

Definiţii specifice 186
ARTICOLUL 1 - Contul suplimentar de investiţii şi rolul său în asigurare 186
ARTICOLUL 2 - Evaluarea unităţilor de fond 187
ARTICOLUL 3 - Modificarea strategiei de investiţii 187
ARTICOLUL 4 - Modificarea programelor de investiţii 188
ARTICOLUL 5 - Alocarea primei unice în contul suplimentar de investiţii 188
ARTICOLUL 6 - Alocarea Bonusurilor în contul suplimentar de investiţii 188
ARTICOLUL 7 - Extinderea automată a perioadei de investiţii 189
ARTICOLUL 8 - Răscumpărarea componentei suplimentare de investiţii 189

Anexa 1 la Condiţiile speciale

Programele de investiţii 190

Anexa 2 la Condiţiile speciale

Tabelul elementelor variabile 191

Termenii și Condițiile tale de asigurare

Asigurarea Wise Simplu (L215)

– aplicabile asigurării de viaţă de bază -

Condiţii generale

Te rugăm să îţi aloci timpul necesar pentru a parcurge acest document, deoarece explică pe îndelete modul în care funcţionează asigurarea **ta**. De asemenea, te rugăm să parcurgi și termenii și condiţiile de asigurare pentru contractele suplimentare, în cazul în care ai optat pentru acestea.

Nu uita că **agentul tău de asigurări** îţi stă la dispoziţie pentru orice neclarităţi pe care le-ai putea avea acum sau pe parcursul contractului.

Pentru că știm că înţelegerea acestui produs poate fi pe alocuri anevoioasă, am împărţit acest document în două secţiuni, pentru a ușura parcurgerea lui:

- În prima secţiune îţi prezentăm **Condiţiile generale ale asigurării Wise Simplu**, cu informaţii despre funcţionalitatea contractului de asigurare în contextul îmbinării unei componente de protecţie și a unei componente de investiţii. Îţi vom detalia riscurile asigurate prin acest contract, când se activează acoperirea, ce presupune plata primelor de asigurare, ce drepturi și obligaţii au ambele părţi din contract, cum poate fi încetat acest contract ș.a.m.d.
- În a doua secţiune îţi prezentăm **Condiţiile speciale ale asigurării Wise Simplu**, cu informaţii despre ce înseamnă mai exact o componentă de investiţii și cum funcţionează ea în contextul unităţilor de fond. Îţi vom explica ce factori pot influenţa valoarea contului tău, precum și cum poţi beneficia de valorile acumulate în timp.

Pentru o înţelegere cât mai simplă a Termenilor și Condiţiilor, fiecare secţiune începe printr-o listă de definiţii.

Definiții generale

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acţiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Accident din trafic: eveniment neprevăzut, necontrolabil, extern și independent de voinţa Asiguratului, petrecut pe un drum public sau cale ferată, în perioada de valabilitate a acestui contract de asigurare, care a avut ca rezultat o vătămare corporală, cu condiţia ca evenimentul să fi avut loc în timpul deplasării Asiguratului (ca pasager sau conducător al vehiculului) cu un vehicul terestru cu motor, înmatriculat legal, tren, indiferent dacă respectivul mijloc de transport se află în mișcare sau nu. Este considerat accident din trafic și un eveniment petrecut, conform celor descrise mai sus, la urcarea sau coborârea din acel mijloc de transport (cu scopul de a fi transportat cu acesta), precum și evenimentele petrecute în timp ce Asiguratul traversa un drum public (ca pieton) și a fost accidentat de un vehicul motorizat.

Aniversare: data la care se împlinește un număr întreg de ani, în funcţie de data intrării în vigoare a asigurării, menţionată în poliţa de asigurare (Ex.: contractul intră în vigoare în 21.06.2018 și va avea aniversarea în fiecare an la scadenţa din 21.06, indiferent de frecvenţa de plată aleasă).

Asigurat: este persoana în favoarea căreia se încheie asigurarea, al cărei nume este specificat în poliţa de asigurare și a cărei viaţă face obiectul prezentului contract de asigurare. În cazul în care Asiguratul este o persoană minoră, obligaţiile și drepturile contractuale ale acestuia vor fi exercitate prin intermediul reprezentantului său legal.

Asigurarea Wise Simplu: este o asigurare de viaţă cu componentă investiţională, care oferă protecţie financiară pentru evenimente neprevăzute, precum și posibilitatea acumulării în timp a unor sume de bani prin investiţii în programe dedicate, administrate de Asigurator. Riscul investiţiei nu este garantat și este preluat de Titularul/ Asiguratul poliţei.

Asigurător: MetLife Europe Designated Activity Company**,** o societate Irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares", cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăţilor din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062, prin sucursala sa din România, Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, cu sediul social în Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerţului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/135/ 07.01.2016, având cod unic de identificare 35383464 (denumită în continuare și "Societatea").

Beneficiar: este persoana desemnată de Titularul asigurării, cu acordul Asiguratului, să încaseze beneficiile plătibile în baza prezentei asigurări în cazul apariţiei evenimentului asigurat. În cazul în care nu sunt desemnaţi Beneficiari, indemnizaţia de asigurare/ despăgubirea va fi plătită către moștenitorii legali ai Asiguratului.

Cerere de asigurare: formularul completat și semnat pe propria răspundere sau consimţit prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, de către Titularul asigurării și, după caz, de către Asigurat, care conţine informaţii necesare în vederea încheierii contractului de asigurare (inclusiv, dar fără a se limita la date cu privire la Titular/ Asigurat), precum și manifestarea de voinţă și consimţământul Titularului și, după caz, a Asiguratului, pentru încheierea asigurării.

Co-Asigurat: soţul/ soţia/ copii/ părinţii Asiguratului major sau părinţi/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionţi în cererea de asigurare sau într-o anexă la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-Asiguraţi de către Societate.

Componenta de protecţie: componenta contractului de asigurare al cărei scop principal este acoperirea persoanelor asigurate pentru anumite evenimente asigurate, datorate unor accidente sau unor îmbolnăviri.

Componenta de investiţii: componenta contractului de asigurare al cărei scop principal este acumularea în timp a unor sume de bani în contul de investiţii, prin cumpărarea de unităţi de fond corespunzătoare programelor de investiţii puse la dispoziţie de către Asigurator. Investirea unităţilor de fond în contul de investiţii se realizează în urma plăţii primelor de asigurare dedicate acestei componente. În anumite documente emise de către Societate, componenta de investiţii poate fi regăsită și sub denumirea de "asigurare suplimentară Unit-Linked cu prime eșalonate" .

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări. Condiţia preexistentă se aplică conform prezentelor condiţii contractuale în primii 10 ani de la data intrării în vigoare/repunerii și timp de 10 ani de la creșterea sumei asigurate pentru surplusul de sumă.

Contract de asigurare: definit „sui generis", este actul juridic bilateral prin care riscurile asigurate sunt preluate de către Asigurător, în schimbul plăţii primei de asigurare de către Titular. **Contractul pentru Asigurarea „Wise Simplu"** (astfel cum este definit mai sus) cuprinde: cererea și poliţa de asigurare, orice anexe, acte adiţionale și contracte suplimentare anexate, declaraţii, rapoarte medicale, prezentele condiţii de asigurare și orice alte documente anexate.

Contract liber de plata primelor: prezentul contract de asigurare cu componentă investiţională, modificat astfel încât unităţile de fond continuă să fie administrate de către Asigurător, fără plăţi ulterioare din partea Titularului, pe o perioadă pre-determinată de timp.

Contract suplimentar de asigurare: definit „sui generis", este actul juridic bilateral prin care anumite riscuri suplimentare sunt asigurate de către Asigurător, în schimbul plăţii primelor suplimentare de asigurare de către Titular. Aceste riscuri

se pot atașa la prezentul contract de asigurare, Titularul putând modifica riscurile adăugate suplimentar în funcţie de nevoile sale, ale Asiguratului sau ale co-Asiguraţilor săi.

Contul de investiţii: un cont individual administrat de Asigurător pentru Asigurat, utilizat pentru evidenţa unităţilor de fond. Componenta de investiţii nu este disponibilă pentru Co-Asiguraţi. Detalii despre funcţionalitatea acestui cont sunt prezentate în condiţiile speciale ale prezentului document.

Data intrării în vigoare: data aleasă de Titular pentru începerea contractului de asigurare. Aceasta nu poate fi mai mare de 30 de zile de la data la care clientul completează cererea de asigurare.

Data maturităţii: data la care expiră contractul de asigurare (obligaţiile Asigurătorului încetează, riscurile nu mai sunt acoperite și primele de asigurare nu mai sunt datorate), conform poliţei de asigurare.

Data scadentă: termenul de plată al primei de asigurare.

Durata contractului de asigurare: numărul întreg de ani, calculaţi de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare, pentru care s-au plătit primele de asigurare. Dacă numărul de ani nu este număr întreg, se ia în considerare următorul număr întreg.

Eveniment asigurat: incident sau serie de incidente care produc riscul asigurat și la apariţia cărora Asigurătorul va plăti indemnizaţia de asigurare către Beneficiar.

Excluderi: situaţii în care Asigurătorul nu plătește indemnizaţia de asigurare/ despăgubirea, deși s-a produs riscul asigurat.

Forţă majoră: se referă la o situaţie externă, imprevizibilă, neașteptată și independentă de voinţa părţilor, invocată de una din părţi, dovedită cu documente emise de autorităţi publice competente, care a împiedicat una din părţi să își îndeplinească obligaţiile contractuale, deși a depus toate diligenţele necesare în vederea îndeplinirii obligaţiilor respective.

Indemnizaţia de asigurare sau Despăgubirea: suma care va fi plătită de Asigurător în urma producerii evenimentului asigurat. Indemnizaţia de asigurare se va calcula în funcţie de Sumele Asigurate pentru riscurile menţionate în poliţa de asigurare.

Infracţiune: faptă prevăzută și definită de legislaţia penală în vigoare.

Interes asigurabil: interesul pe care îl are Titularul în raport cu Asiguratul vis-a-vis de riscurile din poliţa de asigurare. Titularul are un interes asigurabil dacă este posibil să sufere o pierdere reală sau un prejudiciu în cazul în care are loc evenimentul asigurat.

Îmbolnăvire: modificarea organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare/ data repunerii în vigoare a acestui contract de asigurare.

Medic: persoană care profesează medicina pe baza unor studii superioare de specialitate, deţine drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor din România sau al unei autorităţi similare din altă ţară.

Perioada de graţie: numărul de zile de la data scadentă, acordat suplimentar de Asigurător pentru achitarea primei de asigurare. În perioada de graţie, Asiguratul beneficiază de întreaga protecţie oferită de contractul de asigurare.

Plan de asigurare de bază: tipul de asigurare menţionat în poliţa de asigurare, ce cuprinde riscurile principale acoperite de Asigurător prin acest contract. Aceste riscuri sunt obligatorii pe toată durata asigurării, Titularul putând renunţa la ele doar odată cu încetarea contractului.

Poliţa de asigurare: document eliberat de Asigurător, care dovedește existenţa unui contract de asigurare. Poliţa de asigurare cuprinde principalele elemente ale contractului (ex.: riscurile, Sumele și persoanele Asigurate, durata contractului, etc.).

Prima de asigurare: suma ce trebuie plătită de către Titular, în schimbul preluării riscurilor asigurate , în conformitate cu prevederile acestui contract de asigurare.

Prima indexată: prima de asigurare majorată cu un procent denumit ”index”, propus de către Societate înainte de aniversarea contractului. Prima indexată are rolul de a creşte beneficiile oferite de contractul de asigurare. Indexarea nu este obligatorie, ea fiind considerată acceptată de către Titular prin plata primei de asigurare indexate.

Valoarea de răscumpărare: valoarea plătită Titularului sau Asiguratului (după caz),după deducerea din contul de investiţii a eventualelor datorii şi taxe, ca urmare a răscumpărării componentei de investiţii, conform prevederilor prezentului contract de asigurare.

Risc asigurat: un eveniment viitor, posibil dar incert, la care este expusă viaţa sau sănătatea Asiguratului. Riscurile asigurate sunt specificate în poliţa de asigurare sau în anexe emise după modificarea acestora (dacă este aplicabil).

Suma Asigurată: suma stabilită în poliţa de asigurare, în funcţie de solicitarea Titularului şi de evaluarea riscului realizată de Asigurător.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Titularul asigurării: persoană fizică sau juridică, ce prezintă un interes asigurabil vis-a-vis de riscul asigurat şi care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul. Titularul contractului are obligaţia de plată a primelor de asigurare. Titularul poate sau nu să fie aceeaşi persoană cu Asiguratul.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident, cu condiţia ca această vătămare corporală să fi avut loc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

ARTICOLUL 1 - Încheierea asigurării

1.1. Pentru încheierea contractului de asigurare, Titularul şi Asiguratul vor completa şi semna sau consimţi prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, cererea de asigurare, document ce face parte din contractul de asigurare, aceştia având obligaţia de a declara în scris Asigurătorului toţi factorii de risc, esenţiali din punctul de vedere al acceptării asigurării. Asigurătorul va păstra confidenţialitatea informaţiilor.

1.2. Pentru evaluarea cererii de asigurare şi emiterea poliţei, Asigurătorul poate solicita informaţii suplimentare pentru a verifica următoarele aspecte: existenţa interesului asigurabil, capacitatea Titularului de a plăti primele de asigurare, justificarea Sumelor Asigurate alese, precum şi orice alt document necesar pentru evaluarea medicală a persoanelor asigurate.

1.3. Acoperirea prin asigurare îşi va produce efectele după emiterea şi transmiterea poliţei de asigurare de către Asigurător la adresa de e-mail indicată de Titular în documentele contractuale, sau înmânarea fizică a poliţei, atunci când mijloacele electronice nu pot fi folosite.

ARTICOLUL 2 - Beneficiile asigurării

2.1. Riscurile asigurate prin acest contract de asigurare sunt:

- Supravieţuirea până la maturitatea contractului - Asiguratul primeşte valoarea contului de investiţii de la data soluţionării cererii de răscumpărare, conform articolului *“Răscumpărarea totală a componentei de investiţii, începând cu data maturităţii”*.

Te rugăm să citeşti şi articolul *“Contract liber de plata primelor – la maturitatea contractului suplimentar de asigurare”* din prezentul document, unde îţi detaliem extinderea automată a perioadei de investiţii după maturitatea contractului, fără plăţi suplimentare de primă.

Tot în acest articol sunt detaliate şi ce despăgubiri vom plăti în cazul producerii evenimentelor asigurate, odată ce componenta ta de investiţii a fost extinsă.

▶ Decesul din orice cauză al Asiguratului - Societatea va plăti Beneficiarilor desemnaţi următoarele beneficii cumulate:

- Beneficiul componentei de protecţie –
  - Pentru **decesul din îmbolnăvire** al Asiguratului, înainte de data maturităţii – Societatea va plăti **Suma Asigurată** menţionată în poliţa de asigurare;
  - Pentru **decesul din accident** al Asiguratului, înainte de data maturităţii – Societatea va plăti dublul **Sumei Asigurate** menţionate în poliţa de asigurare.
  - Pentru **decesul din trafic** al Asiguratului, înainte de data maturităţii – Societatea va plăti **triplul Sumei Asigurate** menţionate în poliţa de asigurare.
- Beneficiul componentei de investiţii –
  - **Valoarea contului de investiţii** de la data notificării decesului.

Te rugăm sa fii atent și la Articolul *„Excluderi aplicabile riscului de deces din orice cauză”* din prezentul document, unde îţi detaliem situaţiile în care vom plăti un beneficiu diminuat.

2.2. 3.000 Lei din Suma Asigurată menţionată în poliţa de asigurare va fi platită în maxim 48h de la primirea certificatului de deces de către Compania de asigurări, doar dacă există beneficiari desemnaţi în cererea de asigurare sau într-o solicitare transmisă ulterior. În caz contrar se va plăti suma asigurată integrală după evaluarea dosarului.

2.3. În cazul în care în urma procesului de evaluare medicală Compania decide ca prospectivul client poate beneficia doar de acoperirea pentru deces din accident, despăgubirea va fi plătită doar în cazul decesului din accident și va reprezenta suma asigurată menţionată în poliţa de asigurare.

2.4. Orice beneficiu plătibil de către Asigurător va fi diminuat cu sumele datorate la momentul respectiv de către Titular, în baza prezentului contract (ex.: prime de asigurare restante).

2.5. La intrarea în asigurare sau la orice scadenţă a contractului de asigurare, Titularul contractului de asigurare poate opta pentru protecţia extinsă oferită de asigurarea Wise Simplu. Această extensie se referă la acoperirea unor riscuri suplimentare, pe lângă riscul de deces din orice cauză, cum ar fi: invaliditatea permanentă din accident, spitalizarea în caz de accident/accident sau îmbolnăvire, intervenţii chirurgicale în caz de accident/accident sau îmbolnăvire, afecţiuni grave, fracturi, arsuri, a doua opinie medicală sau alte riscuri puse la dispoziţie de către Societate.

2.6. Informaţii despre cum funcţionează componentele de protecţie extinse se regăsesc în termenii și condiţiile “contractelor suplimentare de protecţie”, puse la dispoziţie de către Asigurător împreună cu prezentul document.

2.7. Prezentul contract de asigurare oferă protecţie doar Asiguratului. Cu toate acestea, prin poliţa de asigurare se poate oferi protecţie și Titularului și/sau co-Asiguraţilor, dacă Titularul optează pentru acest lucru, prin atașarea de contracte suplimentare de protecţie dedicate acestora, fie la încheierea contractului de asigurare sau la orice scadenţă ulterioară. Protecţia este activată doar dacă numele co-asiguraţilor, beneficiile corespunzătoare, Sumele Asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă la aceasta, cu condiţia acceptării lor ca și co-Asiguraţi de către Societate.

ARTICOLUL 3 - Data începerii acoperirii prin asigurare

3.1. Acoperirea integrală

3.1.1. După acceptarea cererii de asigurare, Societatea va emite poliţa de asigurare. Riscurile asigurate menţionate în poliţa de asigurare vor fi acoperite în integralitate de la data intrării în vigoare menţionate pe poliţă (luând în considerare și perioada de așteptare, acolo unde este cazul), dacă sunt îndeplinite simultan, următoarele condiţii:

- Cererea de asigurare a fost completată și semnată, sau consimţită prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător;
- Prima de asigurare a fost plătită integral.

3.1.2. Suplimentar, Societatea oferă Asiguratului o acoperire provizorie doar pentru riscul de **deces din accident**, valabilă pe perioada cuprinsă între data plăţii primei de asigurare iniţiale și data acceptării/ refuzului de către Societate a cererii de asigurare.

3.2. Acoperirea provizorie

3.2.1. Acoperirea provizorie este un beneficiu temporar oferit de Asigurător doar pentru riscul de **deces din accident**, această acoperire fiind aplicabilă doar în cazul în care cererea de asigurare a fost completată integral și prima de asigurare iniţială a fost plătită integral.

3.2.2. **Acoperirea provizorie** pentru Deces din accident este valabilă pe perioada cuprinsă între data plăţii primei de asigurare iniţiale și data acceptării/ refuzului de către Societate a cererii de asigurare.

3.2.3. În contextul acoperirii provizorii, prin Deces din accident se înţelege numai decesul care s-a produs în termen de **60 de zile de la data accidentului**, cu condiţia ca accidentul să fi avut loc în perioada de valabilitate a acoperirii provizorii. Societatea trebuie să primească cererea de despăgubire în scris în termen de 90 de zile de la producerea decesului ca urmare a unui accident.

3.2.4. Beneficiul plătibil în cazul unei despăgubiri prin Acoperirea provizorie va fi minimul între dublul Sumei Asigurate menţionată în cererea de asigurare și 50.000 Lei. În cazul în care, la momentul semnării sau consimţirii prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, cererii de asigurare, este valabilă o altă limită, aceasta va fi menţionată printr-o anexă la contractul de asigurare. Suplimentar, dacă mai multe cereri de asigurare sunt valabile în același timp, în care Asiguratul este aceeași persoană, beneficiul total plătibil în cadrul acoperirii provizorii este limitat la 50.000 Lei.

3.2.5. Acoperirea provizorie începe la ora 00.00 a.m. a zilei următoare celei în care prima de asigurare iniţială a fost plătită integral. În cazul în care prima de asigurare nu a fost plătită integral, persoana numită în cererea de asigurare Asigurat va beneficia de acoperirea provizorie după ce Titularul achită și diferenţa de primă. Dacă diferenţa de primă nu este achitată în termen de 60 de zile de la data plăţii iniţiale, cererea de asigurare va fi automat refuzată de Societate și suma achitată va fi restituită.

3.2.6. Acoperirea provizorie pentru deces ca urmare a unui accident expiră la prima din următoarele date:

- ora 00:00 a.m. din ziua de începere a acoperirii integrale corespunzătoare asigurării de viaţă;
- data refuzului sau modificării cererii de asigurare de Societate, indiferent de motiv;
- după 60 de zile de la începerea sa.

3.2.7. În cazul acceptării cererii de asigurare, Societatea va emite poliţa de asigurare, urmând ca riscurile asigurate menţionate în prezentul contract să fie acoperite conform prezentului articol, secţiunea *“Acoperirea integrală”*.

ARTICOLUL 4 - Teritoriul

4.1. Asigurarea este valabilă în întreaga lume, cu excepţiile prezentate în articolul *“Excluderi aplicabile beneficiului de deces”*.

ARTICOLUL 5 - Exercitarea drepturilor și obligațiilor contractuale

5.1. Toate drepturile și obligaţiile cuprinse în acest contract, incluzând orice contracte suplimentare atașate acestuia, sunt exercitate de către Titularul asigurării, dacă nu se precizează altfel.

ARTICOLUL 6 - Acuratețea declarațiilor

6.1. Atât Titularul asigurării, cât și Asiguratul, sunt răspunzători pentru corectitudinea informaţiilor transmise Asigurătorului în orice document ce face parte sau este emis ca urmare a executării contractului de asigurare.

6.2. Titularul asigurării și Asiguratul sunt obligaţi să răspundă în scris, la întrebările formulate de Asigurător, precum și să declare, la data încheierii contractului de asigurare (sau a oricărui contract suplimentar atașat acestuia), orice informaţie sau împrejurări pe care le cunosc și care sunt esenţiale pentru evaluarea riscului. Dacă împrejurările esenţiale privind riscul se modifică în cursul executării contractului (incluzând, dar fără a se limita la modificarea ocupaţiei, a hobby-urilor), Titularul asigurării/ Asiguratul este obligat să comunice în scris Asigurătorului modificarea survenită.

6.3. În caz de fraudă, declaraţie falsă, neconformă realităţii, inexactă, făcută cu rea credinţă de către Titular/ Asigurat în cererea de asigurare sau în orice alt document ce face parte din contractul de asigurare, chiar dacă declaraţia nu a avut influenţă asupra producerii riscului asigurat, contractul de asigurare este nul.

6.4. În cazul menţionat mai sus, primele plătite până la acel moment de către Titular nu vor fi restituite acestuia. Suplimentar, Asiguratorul poate cere și plata primelor cuvenite până la momentul la care contractul a fost considerat nul.

6.5. În cazul în care reaua credinţă nu a putut fi stabilită, iar constatarea acestor încălcări are loc anterior producerii riscului asigurabil, Asigurătorul are dreptul fie de a menţine contractul de asigurare solicitând majorarea primei, fie de a rezilia contractul la împlinirea unui termen de 10 zile, calculat de la notificarea primită din partea Asigurătorului. În acest ultim caz, partea din primele plătite pentru perioada în care asigurarea nu mai este valabilă i se vor restitui Titularului. Atunci când constatarea declaraţiei inexacte are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizaţia se reduce în raport cu proporţia dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

6.6. Societatea are dreptul să solicite oricând pe perioada contractului de asigurare documente care să probeze informaţiile și declaraţiile furnizate de către Titularul asigurării, respectiv de către Asigurat, inclusiv, dar fără a se limita la adeverinţe de venit, documente oficiale cu privire la activitatea desfășurată sau orice alte documente considerate relevante.

6.7. Dacă declaraţiile referitoare la vârsta Asiguratului sunt eronate, Societatea are dreptul de a ajusta suma asigurată, în conformitate cu datele corecte ale Asiguratului la data încheierii poliţei de asigurare.

6.8. În cazul în care vârsta Asiguratului, la momentul încheierii contractului de asigurare, era în afara limitelor de vârstă prevăzute prin prezentul document, atunci Societatea are dreptul de a rezilia contractul de asigurare prin aplicarea prevederilor descrise la punctele de mai sus din acest articol.

ARTICOLUL 7 - Incontestabilitatea contractului

7.1. Dacă Titularul poliţei sau Asiguratul nu au răspuns sincer și complet la întrebările care pot afecta corecta evaluare a riscului asigurat, iar respectivele informaţii sunt incluse în documentele care constituie baza prezentului contract, Societatea poate aplica prevederile articolului *“Acurateţea declaraţiilor”*.

7.2. Cu toate acestea, dacă contractul de asigurare rămâne în vigoare pentru o perioadă de cinci (5) ani fără întrerupere, Societatea nu-i poate contesta valabilitatea, cu excepţia cazului prevăzut în articolul *“Acurateţea declaraţiilor”* de mai sus, paragraful 6.7. Totuși, Societatea poate contesta oricând valabilitatea unui contract suplimentar anexat prezentei poliţe.

7.3. În cazul în care prezentul contract de asigurare a încetat și după o perioadă a fost repus în vigoare (în conformitate cu articolul *“Repunerea în vigoare a contractului”*) sau în cazul în care suma asigurată a fost mărită, atunci perioada de 5 (cinci) ani mai sus menţionată se va calcula de la data reintrării în vigoare a poliţei, respectiv de la data măririi sumei asigurate, numai în privinţa informaţiilor și evenimentelor declarate Societăţii pentru repunerea în vigoare, respectiv pentru mărirea sumei asigurate.

ARTICOLUL 8 - Vârsta de intrare în asigurare și durata contractului de asigurare

8.1. Acest contract de asigurare se încheie pe o durată de **minimum 10 ani**.

8.2. Următoarele durate pot fi disponibile, în funcţie de vârsta Asiguratului la data intrării în vigoare a acestui contract, astfel:

- Durata contractului este fixă, de 10 de ani: vârsta Asiguratului variază între 6 luni și 65 de ani;
- Durata contractului este fixă, de 20 de ani: vârsta Asiguratului variază între 6 luni și 55 de ani;
- Durata contractului este până la împlinirea vârstei de 75 de ani a Asiguratului: vârsta Asiguratului variază între 6 luni și 65 de ani.

8.3. Vârsta Asiguratului la intrarea în asigurare reprezintă numărul de ani împliniţi la data semnării sau consimţirii prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, cererii de asigurare.

ARTICOLUL 9 - Plata primei de asigurare

9.1. Prima de asigurare pentru contractul de bază acoperă riscurile descrise în articolul *"Beneficiile asigurării"*, fiind astfel compusă din prima de asigurare aferentă componentei de protecţie și prima de asigurare aferentă componentei de investiţii. Suplimentar, la prima totală a contractului de asigurare se adaugă și taxa de poliţă specificată în Anexa 2.

9.2. Pentru componenta de protecţie a prezentului contract de asigurare, prima de asigurare se calculează în funcţie de: vârsta Asiguratului, Suma Asigurată, durata contractului de asigurare, tabelele de mortalitate specifice produsului, frecvenţa de plată, cheltuielile de administrare ale Societăţii, starea de sănătate a Asiguratului, hobby-urile și sporturile profesioniste practicate de către acesta.

9.3. Prima de asigurare se plătește integral de către Titularul asigurării, în conformitate cu indicaţiile Societăţii, la termenele scadente, conform frecvenţei de plată specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă atașată ulterior. Plata primei de asigurare se poate face: prin opţiunile de plată oferite de băncile partenere (la casieriile băncilor partenere sau prin transfer bancar), prin Direct Debit sau prin orice alt mijloc de plată prevăzut în cererea de asigurare, ori specificat de Asigurător ulterior emiterii contractului.

9.4. Societatea nu este obligată să trimită către Titular notificări privind plata primelor de asigurare. Cu toate acestea, trimiterea unei astfel de notificări nu poate fi considerată în niciun caz o renunţare la această clauză contractuală.

9.5. Dovada plăţii primelor de asigurare o reprezintă înregistrarea realizată de bancă cu privire la tranzacţia efectuată.

9.6. Nu se acceptă plata în avans a primei de asigurare, cu mai mult de 2 luni înainte de data scadentă.

9.7. Pentru plata fiecărei prime de asigurare ulterioară celei iniţiale, se acordă o perioadă de graţie de 45 (patruzeci și cinci) de zile de la data scadentă. Astfel, dacă decesul Asiguratului survine în perioada de graţie, prima de plată scadentă aferentă componentei de protecţie, rămasă neachitată, va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în baza contractului de asigurare.

9.8. Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile contractului de asigurare și primele de asigurare pentru acoperirea riscului de deces din orice cauză, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia actuarială a costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Procesul de modificare a condiţiilor și/ sau a primelor de asigurare aferente acestui contract de asigurare va respecta următorul flux:

- Condiţiile și prima de asigurare modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului cu minimum **20 de zile înainte de aniversarea contractului**.
- Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare/a condiţiilor modificate sau de a achita integral noua primă de plată până la data scadentă. În cazul în care Titularul a optat pentru plata primei de asigurare prin serviciul de debitare automată (Direct Debit), acesta are obligaţia de a notifica Societatea, în scris, în privinţa refuzului său și implicit încetarea contractului de asigurare, cu 10 zile înainte de scadenţă. Comunicarea se va efectua conform articolului *"Comunicări"*.

- Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de grație sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificată și propusă spre acceptare, acest contract de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă. În acest caz, prima de asigurare plătită necorespunzător va fi restituită Titularului.

Prin acest articol, vrem să te asigurăm că prima ta rămâne fixă pe durata primilor 5 ani de asigurare. Acest lucru nu înseamnă că vom modifica în mod automat prima de asigurare la începutul celui de-al 6-lea an, însă, vrem să știi că vom avea posibilitatea să facem acest lucru, dacă în urma unor analize de cost, considerăm că este necesar.

9.9. Suplimentar, Titularul poate plăti prime suplimentare de investiţii, prin **componenta Invest Extra**, în orice moment pe durata contractului de asigurare (excepţie făcând perioada de extindere a contractului, conform articolului *"Contract liber de plata primelor"*). Funcţionalitatea contului suplimentar de investiţii este descrisă în termenii și condiţiile Componentei de investiţii Invest Extra, puse la dispoziţie de către Societate împreună cu prezentul document.

ARTICOLUL 10 - Situații aplicabile în cazul întreruperii plății primelor de asigurare

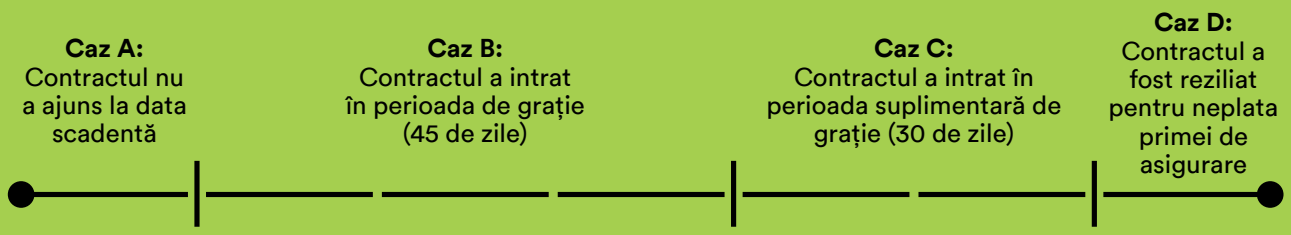
10.1. Dacă prima de asigurare nu a fost plătită până la **sfârșitul perioadei de grație**, contractul de asigurare beneficiaza de o perioada suplimentară de grație de 30 (treizeci) de zile, pe parcursul căreia contul de investiţii rămâne activ, însă protecţia oferită prin componenta de protecţie este suspendată (nu se va plăti nicio despăgubire pentru evenimentele ce au avut loc în perioada de suspendare). Prin plata integrală a primei de asigurare datorată până la sfârșitul perioadei suplimentare de grație, protecţia va fi reactivată și contractul va continua în condiţiile menţionate în prezentul contract de asigurare.

10.2. Dacă prima de asigurare datorată nu a fost plătită integral până la **sfârșitul perioadei suplimentare de grație**, la expirarea acesteia, componenta de protecţie încetează definitiv, în timp ce valabilitatea și funcţionalitatea componentei de investiţii diferă, în funcţie de durata contractului, astfel:

- contractul de asigurare se află în primii 2 (doi) ani de valabilitate → componenta de investiţii, implicit contractul de asigurare, este reziliat(ă) de plin drept, fără nicio notificare și fără plata vreunui beneficiu.
- contractul de asigurare depășește primii 2 (doi) ani de valabilitate, iar valoarea contului de investiţii este sub 1.200 Lei* → componenta de investiţi este răscumpărată automat de către Societate. În acest caz, Societatea va plăti Titularului valoarea de răscumpărare conform prevederilor articolului *"Răscumpărarea contractului de asigurare, înainte de data maturităţii"* din prezentul document.
- contractul de asigurare depășește primii 2 (doi) ani de valabilitate, iar valoarea contului de investiţii este mai mare de 1.200 Lei* → componenta de investiţi este convertită automat în contract liber de plata primelor. Detalii despre funcţionalitatea acestui tip de contract sunt prezentate în articolul *"Contract liber de plata primelor – în caz de neplată a primelor în perioada de grație"* din prezentul document.

** Pragul de 1.200 Lei este pragul minim impus de către Societate pentru convertirea automată a componentei de investiţii în contract liber de plata primelor, valabil la momentul încheierii prezentului contract de asigurare. Acest prag poate varia de-a lungul contractului, valoarea actualizată fiind disponibilă pe website-ul Societăţii.*

Iată câteva situaţii posibile de plată a despăgubirii în caz de Deces al Asiguratului:



- **caz A:** evenimentul asigurat are loc înainte de data scadentă, când prima este plătită
  => despăgubirea = Suma Asigurată*+ Valoarea Contului de investiţii
- **caz B:** evenimentul asigurat are loc în perioada de graţie, când prima nu este plătită
  => despăgubirea = Suma Asigurată* + Valoarea Contului de investiţii – prima de asigurare neplătită pentru componenta de protecţie
- **caz C:** evenimentul asigurat are loc în perioada suplimentară de graţie
  => despăgubirea = Valoarea Contului de investiţii
- **caz D:** evenimentul asigurat are loc după perioada suplimentară de graţie
  => despăgubirea = Valoarea Contului de investiţii, cu condiţia ca valoarea contului la sfârșitul perioadei suplimentare să fie mai mare de 1.200 Lei, altfel contractul este reziliat la sfârșitul perioadei suplimentare.

** În cazul în care evenimentul asigurat este provocat de un accident, vom plăti dublul Sumei Asigurate.*

ARTICOLUL 11 - Indexarea componentei de protecție

11.1. Scopul indexării:

Scopul clauzei de indexare este să actualizeze constant poliţa de asigurare, pentru a proteja Asiguratul/Co-Asiguratul de inflaţie și a răspunde în orice moment nevoilor de protecţie financiară ale acestuia și ale familiei sale.

Această actualizare a beneficiilor prin indexare va fi realizată prin creșteri anuale ale primei de plată și ale sumelor asigurate, odată cu aniversarea contractului (atunci când poliţa de asigurare împlinește câte un an la data scadentă).

Înainte de fiecare aniversare a contractului de asigurare, **Titularul poate opta pentru una din cele 3 prime de asigurare**, conform condiţiilor prezentate mai jos. Indexarea nu presupune o evaluare suplimentară a stării de sănătate a Titularului/ Asiguratului/Co-Asiguratului.

11.2. Dacă Titularul a optat și pentru următoarele contracte suplimentare în structura componentei de protecţie, acestea nu vor beneficia de indexare:

- Componenta de protecţie „Ultramed”;
- Componenta de protecţie „Smart Protect”;
- Componenta de protecţie „Top Protect”;
- Componenta de protecţie „A doua opinie medicală”;
- Componenta de protecţie „Exonerarea de la plata primelor”;
- Componenta de protecţie „Acordul de protecţie a copilului”.

11.3. Pentru contractul suplimentar cu componentă investiţională, indexarea este detaliată în condiţiile contractuale specifice respectivei componente.

11.4. **Procesul de indexare în funcţie de metoda de plată:**

Mai jos sunt prezentate detalii despre condiţiile de indexare aplicabile poliţei, în funcţie de metoda de plată pe care Titularul o alege, astfel:

- **SECȚIUNEA 1 – Condiţii pentru plata în numerar sau transfer bancar;**
- **SECȚIUNEA 2 - Condiţii pentru plata prin serviciul de Direct Debit (debitare directă).**

SECȚIUNEA 1 – Condiţii pentru plata în numerar sau transfer bancar

Art 1. Data intrării în vigoare a ofertei de indexare și durata acesteia

1.1. Clauza de indexare va fi valabilă pe toata durata asigurării de bază.

1.2. Titularul poate accepta prin plata primei de asigurare una din variantele de actualizare prin indexare, propuse de Asigurător, la fiecare aniversare, conform condiţiilor din prezenta secţiune.

Art 2. Ratele de indexare

2.1. Ratele de indexare, denumite în continuare „Index 1" sau „Index 2", au la bază rata inflaţiei, publicată de BNR la data de **31 august a fiecărui an** și se stabilesc conform articolului 2.2 de mai jos. Aceste rate de indexare se vor aplica în funcţie de opţiunea Titularului, pentru contractele de asigurare care au aniversarea oricând în perioada 1 ianuarie – 31 decembrie a anului următor.

2.2. Astfel, Titularul are posibilitatea de a alege între valorile propuse de Societate. În condiţiile economice existente la data semnării contractului, cele două rate de indexare sunt:

a) Index 1 = valoarea cea mai mare dintre 5% și rata inflaţiei sau

b) Index 2 = valoarea cea mai mare dintre 5% și rata inflaţiei, la care se adaugă un procent de 5%

2.3. Societatea își rezervă dreptul de a modifica valorile index-urilor menţionate la articolul 2.2, în momentul aderării României la Zona Euro sau, de a suspenda indexarea, în situaţii excepţionale, cu notificare scrisă către Titular.

2.4. Ratele de indexare nu sunt garantate, Societatea rezervându-și dreptul de a modifica anual valoarea acestora, în funcţie de condiţiile economice. Aceste rate de indexare vor fi comunicate în prealabil, fie în documentele transmise către clienţi, fie vor fi publicate online de către Societate.

Art 3. Prima indexată - actualizarea beneficiilor

3.1. Opţiunile de plată vor fi transmise anual Titularului, înainte de data aniversării și vor conţine 3 variante de prime de asigurare:

a) Prima standard /neindexată

b) Prima actualizată cu Index 1

c) Prima actualizată cu Index 2

3.2. Ulterior, la fiecare aniversare, Societatea va propune cele 3 variante de primă de asigurare astfel cum este descris în art.3.1. Prima de asigurare standard la care se va face referire va fi cea plătită la ultima aniversare de către Titular, pentru asigurarea de bază și pentru contractele suplimentare, dacă nu au fost efectuate modificări ale primei de plată (cerute de Titular sau conform Condiţiilor Contractuale). În cazul în care au fost efectuate modificări ale primei înaintea aniversării (ex.: adăugare, inactivare clauze suplimentare, modificarea frecvenţei), prima standard propusă spre actualizare cu index 1 sau index 2 va fi prima rezultată în urma modificărilor .

3.3. Titularul poate accepta noua primă de asigurare, în varianta standard, actualizată cu index 1 sau actualizată cu index 2 prin plata acesteia.

Art 4. Calcularea sumei asigurate actualizate conform indexării

4.1. Dacă Titularul a acceptat indexarea propusă de Societate, prin plata primei totale indexate, suma asigurată corespunzătoare fiecărui contract cu drept de indexare (asigurare de bază sau contract suplimentar) se va actualiza corespunzător creșterii de primă aferente fiecărui beneficiu.

SECȚIUNEA 2 - Condiţii pentru plata prin serviciul de Direct Debit (debitare directă)

Art 1. Data intrării în vigoare a ofertei de indexare și durata acesteia

1.1. Clauza de indexare va fi valabilă pe toata durata asigurării de bază.

1.2. În urma transmiterii de Societate a scrisorii aniversare cu opţiunile de indexare, Titularul are posibilitatea de a opta la fiecare aniversare pentru una din cele 3 variante prezentate în scrisoare.

În cazul în care Titularul nu notifică Societatea cu 10 zile înainte de data aniversară a poliţei despre opţiunea de plată aleasă pentru aniversare (prima standard/ neindexată, prima actualizată cu index 1, prima actualizată cu index 2), prima de asigurare se va debita automat cu Index 1, conform prezentei secţiuni.

Art 2. Ratele de indexare

2.1. Ratele de indexare, denumite în continuare „Index 1" sau „Index 2" au la bază rata inflaţiei, publicată de BNR la data de **31 august a fiecărui an** și se stabilesc conform articolului 2.2 din prezenta secţiune. Aceste rate de indexare se vor aplica în funcţie de opţiunea Titularului, pentru contractele de asigurare care au aniversarea în perioada 1 ianuarie – 31 decembrie a anului următor.

2.2. Astfel, Titularul are posibilitatea de a alege între valorile propuse de Societate. În condiţiile economice existente la data semnării contractului, cele două rate de indexare sunt:

a) Index 1 = valoarea cea mai mare dintre 5% și rata inflaţiei

b) Index 2 = valoarea cea mai mare dintre 5% și rata inflaţiei, la care se adaugă un procent de 5%

2.3. Societatea își rezervă dreptul de a modifica valorile index-urilor, menţionate la punctul 2.2, în momentul aderării României la Zona Euro, sau de a suspenda indexarea în situaţii excepţionale, cu notificare scrisă către Titular.

2.4. Ratele de indexare nu sunt garantate, Societatea rezervându-și dreptul de a modifica anual valoarea acestora, în funcţie de condiţiile economice. Aceste rate de indexare vor fi comunicate în prealabil, fie în documentele transmise către clienţi, fie vor fi publicate online de către Societate.

Art 3. Prima indexată – actualizarea beneficiilor

3.1. Opţiunile de plată vor fi transmise anual Titularului, înainte de data aniversării și vor conţine 3 prime de asigurare:

a) Prima standard /neindexată

b) Prima actualizată cu Index 1

c) Prima actualizată cu Index 2

3.2. Ulterior, la fiecare aniversare, Societatea va propune cele 3 variante de primă de asigurare astfel cum este descris în art.3.1. Prima de asigurare standard la care se va face referire va fi cea plătită la ultima aniversare de către Titular, pentru asigurarea de bază și pentru contractele suplimentare, dacă nu au fost efectuate modificări ale primei de plată (cerute de Titular sau conform Condiţiilor Contractuale). În cazul în care au fost efectuate modificări ale primei înaintea aniversării (ex.: adăugare, inactivare clauze suplimentare, modificare frecvenţă), prima standard propusă spre actualizare cu index 1 sau index 2 va fi prima rezultată în urma modificărilor .

3.3. Titularul va informa Societatea, **cu maximum 10 zile înainte de data aniversară**, varianta de primă din cele 3 propuneri, pe care dorește să o plătească. Informarea Societăţii poate fi realizată prin orice mijloc de comunicare pus la dispoziţie de Societate.

3.4. În cazul în care Titularul nu transmite **cu maximum 10 zile înainte de data aniversară**, opţiunea de **primă de plată pentru anul următor, prima de asigurare și beneficiile poliţei vor fi actualizate automat cu index 1**.

3.5. În cazul în care, la data aniversării, există prime de asigurare scadente neachitate, Societatea va debita contul Titularului cu opţiunea de indexare selectată sau automat cu index 1, doar după ce primele restante sunt acoperite/ achitate.

3.6. Modalitatea de debitare directă a primei este:

- Societatea va încerca debitarea contului Titularului în primele 21 de zile de la data aniversării, în conformitate cu procedurile agreate cu Băncile partenere;
- Suma debitată reprezintă contravaloarea primei de asigurare, conform opţiunii comunicate de Titular sau prima de asigurare indexată automat cu index 1, în cazul în care Titularul nu a notificat Societatea în legătură cu opţiunea sa;
- În cazul în care contul nu poate fi debitat cu prima indexată cu index 1 sau cu index 2, la finalul celor 21 de zile, Societatea va încerca debitarea primei standard/ neindexată.

3.7. Societatea va proceda conform art 3.6 pentru a oferi în continuare protecţie financiară Titularului și celor dragi și a nu fi reziliată poliţa de asigurare, având în vedere că perioada de graţie pentru plata primei este de 30 de zile de la data scadentă, conform condiţiilor contractuale.

Art 4. Calcularea sumei asigurate actualizate conform indexării

4.1. Prin indexarea primei, suma asigurată corespunzătoare fiecărui contract cu drept de indexare (asigurare de bază sau contract suplimentar) se va actualiza corespunzător creșterii de primă aferentă fiecărui beneficiu.

11.5. Prevederi privind încetarea și reluarea dreptului la indexare

1. Dreptul la indexare va înceta în momentul în care Societatea începe exonerarea de la plata primelor, conform contractelor suplimentare de: „Exonerare de la plata primelor", "Acordul de protecţie a Copilului", „Protecţia Asiguratului în cazul primului deces", dacă acestea fac parte din poliţa de asigurare.
2. În cazurile menţionate la punctul 1, prima de plată pentru asigurarea de bază, sumele asigurate pentru contractele suplimentare și primele de plată ale acestora, vor rămâne la același nivel cu cel de dinaintea producerii evenimentului care a generat încetarea dreptului la indexare (nu vor fi indexate).
3. Societatea poate accepta reluarea dreptului la indexare prin înregistrarea unei solicitări scrise și semnate, transmise de către Titular. Societatea își rezervă dreptul de a solicita evaluarea medicală a Titularului/ Asiguratului/ Co-Asiguratului pentru a atesta îndeplinirea condiţiilor de preluare în asigurare.
4. Indexarea va înceta automat în următoarele cazuri:
   - **a)** când beneficiul ajunge la maturitate, cu excepţia produsului Invest Plus;
   - **b)** când asigurarea de viaţă de bază este răscumpărată integral;
   - **c)** când asigurarea de viaţă de bază încetează ca urmare a neplăţii primelor;
   - **d)** când a survenit decesul Asiguratului/ Co-Asiguratului/ Titularului asigurat
   - **e)** când beneficiul suplimentar expiră, conform criteriilor de eligibilitate menţionate în termeni și condiţii (de ex: vârsta).

ARTICOLUL 12 - Încetarea contractului de asigurare

12.1. Contractul va înceta fără intervenţia instanţelor judecătorești în următoarele cazuri:

- **a)** prin reziliere unilaterală a contractului de asigurare, de către oricare dintre părţi, în cazul nerespectării obligaţiilor contractuale de către cealaltă parte. Rezilierea se va face printr-o notificare scrisă, transmisă celeilalte părţi, la ultima adresă comunicată, fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile și fără intervenţia instanţelor judecătorești. În acest caz va fi plătită către Titular valoarea de răscumpărare aferentă componentei de investiţii, calculată la data procesării cererii de răscumpărare;
- **b)** prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;
- **c)** prin renunţare la contractul de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu 20 de zile calendaristice înainte de data scadentă (în acest caz, contractul va înceta începând cu sfârșitul perioadei acoperite de ultima primă de asigurare plătită); În acest caz va fi plătită către Titular valoarea de răscumpărare aferentă componentei de investiţii, calculată la data procesării cererii de răscumpărare;
- **d)** de drept la data decesului Asiguratului;
- **e)** de drept la data maturităţii contractului de asigurare, componenta de investiţii având opţiunea de a se converti în contract liber de plata primelor;
- **f)** în caz de neplată a primei de asigurare la sfârșitul perioadei de graţie, dacă contractul se află în primii 2 (doi) ani de valabilitate sau dacă contractul de asigurare depășește primii 2 (doi) ani de valabilitate, dar valoarea contului de investiţii este sub 1.200 Lei; în cel de-al doilea caz, Societatea va plăti Titularului valoarea de răscumpărare aferentă prezentei asigurări, calculată la data procesării cererii de răscumpărare.

g) la 5 ani de la convertirea contractului în contract liber de plata primelor, prin plata valorii de răscumpărare către Asigurat, conform articolului *"Contract liber de plata primelor – la maturitatea contractului de asigurare"*;

h) la data răscumpărării totale a contului de investiţii, conform articolului *„Răscumpărarea componentei de investiţii" din condiţiile prezentului contract de asigurare"*;

i) în cazul în care Titularul refuză modificarea/ ajustarea primei de asigurare, conform prevederilor articolului *"Plata primei de asigurare"*. În acest caz va fi plătită către Titular valoarea de răscumpărare aferentă componentei de investiţii.

12.2. La încetarea contractului, obligaţia Titularului de plată a primei, precum și obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă de asigurare după perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

ARTICOLUL 13 - Repunerea în vigoare a contractului de asigurare

13.1. În situaţia în care contul de investiţii a fost răscumpărat total (automat de către Societate sau la cererea Titularului/ Asiguratului), prezentul contract nu mai poate fi repus în vigoare.

13.2. Odată convertit în contract liber de plata primelor ca urmare a neplăţii primei de asigurare, dacă Titularul nu a optat pentru răscumpărarea totală a contractului, acest contract de asigurare poate fi repus în vigoare în interval de 3 (trei) ani de la prima dată scadentă a primei neachitate, dacă planul de asigurare de bază mai este oferit de Societate.

13.3. Pentru repunerea în vigoare a contractului de asigurare, sunt necesare următoarele:

a) trimiterea unei cereri de repunere în vigoare, în formatul standard oferit de Societate, scrisă și semnată de către Titularul asigurării și de către Asigurat. Societatea va reevalua Asiguratul din punct de vedere financiar, medical și ocupaţional, în vederea stabilirii condiţiilor de preluare în asigurare a riscului asigurat;

b) plata tuturor primelor de asigurare restante, pentru următoarele componente:

- planul de asigurare de bază (prima de asigurare aferentă acoperirii riscului de deces din orice cauză si prima de asigurare a componentei de investiţii),
- orice contract suplimentar de asigurare, ce acoperă riscul de deces din orice cauză (dacă este cazul).

c) plata ultimei prime de asigurare pe care Titularul ar fi plătit-o pentru contractele suplimentare de asigurare (cu excepţia oricărui contract suplimentar de asigurare, ce acoperă riscul de deces din orice cauză), dacă acestea ar fi rămas în vigoare până la acel moment.

13.4. La repunerea în vigoare a contractului de asigurare, noua structură a contractului de asigurare va lua în calcul primele minime, respectiv sumele asigurate minime, stabilite de către Societate la momentul respectiv.

13.5. Societatea nu va plăti nicio solicitare de despăgubire care are ca obiect evenimente produse în perioada în care acoperirea prin asigurare nu a fost valabilă (perioada cuprinsă între data expirării perioadei de grație și data repunerii în vigoare a contractului de asigurare).

ARTICOLUL 14 - Modificări ale contractului

14.1. **Modificarea sumei asigurate pentru riscul de Deces din orice cauză** – la aniversarea contractului de asigurare, începând cu a treia

14.1.1. Suma Asigurată pentru acest contract de asigurare se poate modifica **începând cu a treia aniversare a contractului**, printr-o solicitare scrisă și semnată de către Titularul asigurării, primită de Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea datei de aniversare a contractului și numai prin aprobarea solicitării de către Societate și plata primei de asigurare modificate.

14.1.2. În cazul majorării sumei asigurate, Societatea își rezervă dreptul de a solicita dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii și al condiţiilor de asigurare, fiind necesar ca Titularul să plătească noua primă de asigurare indexată.

14.1.3. În cazul micșorării sumei asigurate, noua sumă asigurată pentru riscul de Deces din orice cauză, precum și prima de asigurare pentru componenta de protecţie, rezultată în urma modificării sumei asigurate, vor trebui să respecte pragurile minime stabilite de către Societate, valabile la momentul solicitării.

14.1.4. La momentul emiterii prezentului contract de asigurare, următoarele praguri minime sunt valabile:

- Prima de asigurare minimă pentru componenta de protecţie: 500 Lei (componenta de protecţie Top Protect nu intră în calculul acestui prag minim).
- Suma Asigurată minimă pentru beneficiul de Deces din orice cauză: 25.000 Lei.

14.1.5. Aceste praguri minime pot varia de-a lungul contractului de asigurare, valorile lor actualizate putând fi accesate pe website-ul Societăţii.

14.1.6. Modificare Sumei Asigurate este valabilă doar dacă a fost solicitată printr-o solicitare scrisă și a fost aprobată ulterior de către Societate. Orice document ce confirmă o astfel de modificare va fi atașat poliţei.

14.2. **Modificarea structurii contractului de asigurare** – la scadenţa contractului de asigurare

14.2.1. Structura componentei de protecţie poate varia în timp, în funcţie de nevoile curente ale persoanelor asigurate. Cu toate acestea, riscul pentru decesului din orice cauză pentru Asiguratul principal, împreună cu componenta de investiţie, sunt două componente obligatorii pe toată durata contractului de asigurare.

14.2.2. Modificarea structurii va putea fi solicitată doar de către Titularul contractului, în urma unei solicitări scrise și semnate, format standard oferit de Societate, primită de Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea scadenţei contractului de asigurare și numai prin aprobarea solicitării de către Societate și plata primei de asigurare modificate.

14.2.3. Modificarea structurii se va putea realiza doar cu respectarea primelor de asigurare minime pentru componentele de protecţie, respectiv investiţie, valabile la momentul solicitării.

14.3. **Modificarea primei de asigurare pentru componenta de investiţii** – la aniversarea contractului de asigurare

14.3.1. Modificarea primei de asigurare aferente componentei de investiţii se poate realiza la orice aniversare a contractului de asigurare, doar cu acordul Societăţii și în limitele acceptate de aceasta, pe baza unei solicitări scrise și semnate de către Titularul asigurării și transmisă Societăţii cu cel puţin 30 de zile înainte de data aniversării.

14.3.2. La momentul emiterii prezentului contract suplimentar de asigurare, prima minimă acceptată pentru componenta de investiţii este de 1.200 Lei. Această limită poate varia de-a lungul contractului suplimentar, valoarea actualizată fiind disponibilă pe website-ul Societăţii.

14.4. **Schimbarea Beneficiarului** – oricând pe durata contractului de asigurare

14.4.1. Titularul asigurării poate schimba Beneficiarul desemnat în poliţa de asigurare, oricând pe durata contractului de asigurare. Acest drept se exercită printr-o solicitare scrisă și semnată din partea Titularului și doar cu consimţământul Asiguratului.

14.4.2. Schimbarea Beneficiarului produce efecte după primirea cererii corespunzătoare și acceptarea acesteia de Societate. Societatea nu este răspunzătoare pentru nicio plată sau altă acţiune desfășurată anterior acestei aprobări.

14.4.3. Dacă Beneficiarul a cauzat în mod intenţionat decesul Asiguratului, drepturile sale ce decurg din prezentul contract încetează și vor fi transferate altor Beneficiari desemnaţi sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, în situaţia în care nu există alţi Beneficiari desemnaţi.

14.5. **Schimbarea Titularului** – oricând pe durata contractului de asigurare

14.5.1. Titularul asigurării poate fi modificat oricând pe durata contractului de asigurare, printr-o solicitare scrisă și semnată de către vechiul și noul Titular, cu consimţământul Asiguratului și al Societăţii și cu condiţia existenţei unui interes asigurabil între noul Titular și Asigurat. Această cerere va fi însoţită de copiile actelor de identitate ale persoanelor semnatare.

14.6. **Schimbarea frecvenţei de plată** – la aniversarea contractului de asigurare

14.6.1. Schimbarea frecvenţei de plată se poate face la orice aniversare a contractului, pe baza unei solicitări scrise şi semnate de către Titular şi transmisă Societăţii cu cel puţin 30 de zile înainte de data aniversării.

14.6.2. Schimbarea frecvenţei este valabilă după acceptarea de către Societate a respectivei solicitări.

14.7. **Cesiunea poliţei** – oricând pe durata contractului de asigurare

14.7.1. Titularul asigurării are dreptul de a cesiona contractul, oricând pe durata contractului de asigurare. Acest drept se exercită printr-o solicitare scrisă şi semnată din parte Titularului şi doar cu consimţământul Asiguratului. Această cesiune ţine Societatea răspunzătoare în limita obligaţiilor sale din prezentul contract. Societatea nu îşi asumă răspunderea pentru validitatea oricărei alte cesiuni.

14.8. **Modificarea prevederilor poliţei**

14.8.1. Fiecare modificare a prevederilor poliţei se va realiza cu emiterea unei anexe, care va fi parte integrantă din contractul de asigurare și va înlocui părţile relevante precedente din contract, cu excepţia cazurilor în care este prevăzut altfel în prezentele condiţii de asigurare.

ARTICOLUL 15 - Excluderi aplicabile beneficiului de deces

15.1. Dacă nu se specifică altfel, acest contract de asigurare va oferi drept beneficiu de deces către Beneficiar doar valoarea de răscumpărare a componentei de investiţii (calculată la data notificării decesului), dacă decesul a survenit ca urmare a unor vătămări corporale accidentale, respectiv îmbolnăviri:

- cauzate ca urmare a oricărei condiţii preexistente;
- cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim, aerian) sau al unui accident de muncă;
- cauzate de consumul excesiv de alcool, alcoolism, orice afecţiuni cronice etanolice (de ex. dar fără a se limita la: ciroza hepatică etanolică);
- cauzate sau provocate intenţionat de către Beneficiar, în cazul în care beneficiul îi revine Beneficiarului.

15.2. Dacă nu se specifică altfel, acest contract de asigurare va oferi drept beneficiu de deces către Beneficiar doar valoarea de răscumpărare a componentei de investiţii (calculată la data notificării decesului), dacă decesul a survenit ca urmare a unor vătămările corporale accidentale survenite în următoarele împrejurări:

- cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepţia copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- cauzate de participarea Asiguratului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;
- zborul Asiguratului ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri, pe rute programate, regulate și publicate;
- participarea Asiguratului la săvârșirea unei infracţiuni;
- participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- practicarea sau utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, balonul cu aer, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

15.3. Sinuciderea

15.3.1. În cazul în care Asiguratul se sinucide pe durata primilor **2 ani de la data intrării/ repunerii în vigoare** a prezentului contract de asigurare, indiferent de starea sa de sănătate mentală, Societatea va plăti drept

beneficiu de deces către Beneficiar doar valoarea de răscumpărare a componentei de investiţii, calculată la data notificării decesului. Suplimentar, Societatea va restitui Titularului suma primelor care au fost plătite pentru acoperirea riscului de deces din orice cauză a Asiguratului, după reţinerea oricăror sume datorate de către Titular în baza prezentului contract.

15.3.2. În cazul în care Asiguratul se sinucide **după 2 ani de la data intrării/ repunerii în vigoare** a prezentului contract de asigurare, Societatea va plăti Suma Asigurată corespunzătoare acoperirii riscului de deces din orice cauză, împreună cu valoarea contului de investiţii.

15.3.3. În cazul în care în ultimii 2 ani anteriori sinuciderii a avut loc o majorare a Sumei Asigurate, Societatea va plăti către Beneficiar Suma Asigurată disponibilă înainte de majorare, precum și creșterile de primă ce au susţinut această majorare, împreună cu valoarea contului de investiţii.

15.4. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

ARTICOLUL 16 - Asigurarea pe timp de război

16.1. Această poliţă oferă acoperire Asiguratului în calitatea sa de civil, împotriva riscurilor de război.

16.2. Pe timp de pace, asigurarea este valabilă și pe durata în care Asiguratul prestează serviciul militar.

16.3. Pe toată perioada în care este declarată stare de mobilizare sau de război și dacă Asiguratul este mobilizat sau este concentrat, acestui contract de asigurare, împreună cu orice contract suplimentar atașat la acesta, li se vor aplica următoarele reguli:

- în primii 2 (doi) ani de la emitere sau de la repunerea în vigoare, efectele acestei asigurări, inclusiv a oricărui contract suplimentar atașat la aceasta, se suspendă (nu se va plăti nicio despăgubire pentru evenimentele ce au avut loc în perioada de suspendare).
- după 2 (doi) ani de la emitere sau de la repunerea în vigoare, se oferă în continuare deplină acoperire prin asigurare și nu se aplică nicio suspendare a prezentei asigurări de bază sau a oricărui contract suplimentar atașat acesteia.

16.4. În situaţia decesului Asiguratului în timpul perioadei de suspendare, Societatea va plăti Beneficiarilor valoarea contului de investiţii, calculată la data notificării decesului. Suplimentar, Societatea va rambursa Titularului primele plătite pentru acoperirea riscului de deces din orice cauză.

16.5. Contractul de asigurare de bază și contractele suplimentare vor putea fi repuse în vigoare la sfârșitul perioadei de suspendare. Pentru repunerea în vigoare, Titularul va trebui:

a) să prezinte dovezi prin care să probeze că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii și a condiţiilor de asigurare și

b) să plătească toate primele restante pentru perioada de suspendare.

ARTICOLUL 17 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

17.1. Societatea va fi notificată în scris sau prin platforma online e-Claims (ce poate fi accesată pe website-ul www.metropolitanlife.ro, în secţiunea „Despăgubiri”), cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile, Societatea poate refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului notificat.

17.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise de către Titularul asigurării sau, după caz, de către Beneficiarul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire, precum și costurile legate de acestea vor intra în sarcina Beneficiarilor. Aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

17.3. Documentaţia necesară va fi transmisă Societăţii în limba română (documentele în altă limbă vor fi transmise în copie legalizată și în variantă tradusă de un traducător autorizat de Ministerul de Justiţie). Suplimentar, Societatea își rezervă dreptul de a solicita oricând documente suplimentare în original, în vederea clarificării împrejurărilor în care s-a petrecut evenimentul asigurat.

17.4. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) Formularul de solicitare a indemnizaţiei „Cerere de despăgubire în caz de accident sau de îmbolnăvire";

b) Formularul „Declaraţia medicului în caz de accident sau îmbolnăvire", semnat și parafat de către medic;

c) Copia legalizată a certificatului de deces;

d) Copia certificatului medical constatator de deces;

e) Copii ale documentelor medicale privind evenimentul asigurat, după caz: rezultatele analizelor medicale, bilet(e) de ieșire din spital, alte documente relevante privind evenimentul suferit (originalul după care se face copia trebuie să fie parafat de instituţia medicală emitentă și semnat de către medicul curant și să includă antetul instituţiei emitente), copia fișei medicale emisă de medicul de familie;

f) Copia raportului poliţiei cu circumstanţele producerii evenimentului și rezultatul alcoolemiei;

g) Documente legale care să stabilească identitatea Beneficiarilor;

h) Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită să primească suma cuvenită din despăgubire;

i) Orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

17.5. În cazul decesului Asiguratului, Societatea are dreptul, pe propria cheltuială, să solicite o examinare post mortem a decedatului. Beneficiarul sau reprezentanţii legali ai acestuia sunt obligaţi să prezinte dovada decesului, care poate fi certificatul de deces (copie legalizată) sau dovada decesului prezumtiv (copie legalizată), în caz de dispariţie. Dacă Asiguratul dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, aceste situaţii se asimilează cu decesul Asiguratului numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă a unei instanţe judecătorești.

17.6. Societatea are dreptul de a solicita în numele Asiguratului diverse documente suplimentare de la instituţii medicale, dacă documentele furnizate de către familie nu sunt concludente.

17.7. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Societatea va efectua plata indemnizaţiilor de asigurare în termen de maxim 30 zile calendaristice de la data la care documentaţia solicitată este completă. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

17.8. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea are dreptul să respingă solicitarea de despăgubire și să rezilieze unilateral contractul de asigurare, în condiţiile prevăzute la articolul *"Încetarea contractului de asigurare"*.

17.9. Plata tuturor indemnizaţiilor se va efectua de către Societate, în moneda contractului de asigurare, conform indicaţiilor Beneficiarului, direct în contul acestuia (din România sau din străinătate).

17.10. Dacă este solicitată o indemnizaţie pentru un eveniment asigurat, ce a avut loc în perioada de graţie, prima scadentă pentru componenta de protecţie va fi scăzută din valoarea despăgubirii.

17.11. Pentru plata despăgubirii urgentate în valoare de 3.000 Lei în caz de deces, persoanele îndreptăţite să primească suma vor transmite Societăţii de Asigurări:

- Copia legalizată a certificatului de deces;
- Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită să primească suma cuvenită din despăgubire.

În maximum 48H de la primirea certificatului de deces, Societatea de Asigurări va plăti suma de 3.000 Lei în contul bancar menţionat în extras.

17.12. În cazul în care Asiguratul a menţionat Beneficiari în poliţa de asigurare, doar persoanele incluse în lista pot înainta cererea de despăgubire urgentată.

17.13. În cazul în care procentul de beneficiu desemnat de către Asigurat pentru beneficiarul ce înaintează cererea de despăgubire urgentată rezultă într-o sumă inferioară valorii de 3.000 Lei, suma finală ce va fi plătită va fi limitată la valoarea desemnată de către Asigurat.

17.14. Plata acestei sume va fi efectuată o singura dată indiferent de numărul de solicitări primite și va fi plătită către beneficiarii desemnaţi în cererea de asigurare sau într-o solicitare transmisă ulterior.

17.15. Suma de 3.000 Lei va fi dedusă din suma finală pe care beneficiarii urmează să o primească în urma analizei despăgubirii în conformitate cu procentul desemnat de către Asigurat.

17.16. În cazul în care în urma evaluării dosarului complet de despăgubire se constată ca evenimentul nu este acoperit prin condiţiile contractului de asigurare, beneficiarii vor returna suma necuvenită de 3.000 Lei încasată conform indicaţiilor primite de la Asigurător.

17.17. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asiguratorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

ARTICOLUL 18 - Opțiuni de plată a beneficiilor pentru componenta de investiții

18.1. Orice sumă care trebuie plătită de Societate pentru componenta de investiţii, conform prevederilor prezentului contract de asigurare, poate fi plătită de Societate în urma notificării scrise și semnate a persoanei sau a persoanelor care au dreptul de a primi indemnizaţia de asigurare, conform uneia dintre următoarele opţiuni, în funcţie de disponibilitatea lor la momentul solicitării:

a) Plata integrală a beneficiului;

b) Plata beneficiului după un număr specificat de ani;

c) Plata beneficiului în rate specificate;

d) Plata beneficiului în rate într-o perioadă specificată;

e) Rentă viageră;

f) Rentă viageră garantată pe o anumită perioadă;

g) Rentă viageră transferabilă la 60%.

18.2. În urma alegerii opţiunii de plată, Societatea va calcula suma de plătit pe baza tabelelor de mortalitate aferente produsului (dacă este aplicabil) și a cheltuielilor valabile în momentul respectiv.

18.3. După plata primei rate (unde este aplicabil), opţiunea de plată nu se va mai putea schimba.

18.4. Sumele care vor trebui plătite conform cu oricare dintre opţiunile de plată de mai sus nu vor putea fi cesionate și nu pot constitui obiectul unor garanţii.

18.5. Pentru fiecare opţiune de plată, Societatea se va raporta la un prag minim, valabil la momentul respectiv. Astfel, dacă suma de plătit de Societate este mai mică decât respectivul prag minim, respectiva opţiune de plată nu va fi acceptată de către Societate.

ARTICOLUL 19 - Mențiuni suplimentare în situația decesului/ încetării existenței Titularului sau Beneficiarului

19.1. În cazul în care Titularul este o persoană fizică, alta decât Asiguratul, și decedează în perioada de valabilitate a prezentului contract de asigurare, drepturile și obligaţiile acestuia sunt transferate Asiguratului (sau reprezentantului său legal, în cazul în care Asiguratul este minor), dacă nu se precizează altfel.

19.2. În cazul în care Titularul este o persoană juridică, iar existenţa sa încetează în perioada de valabilitate a prezentului contract de asigurare, drepturile și obligaţiile acestuia sunt transferate Asiguratului, dacă nu se precizează altfel.

19.3. Dacă Beneficiarul decedează înaintea sau în același timp cu Asiguratul, drepturile sale sunt transferate proporţional celorlalţi Beneficiari desemnaţi sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, dacă nu sunt desemnaţi alţi Beneficiari.

19.4. Dacă Beneficiarul decedează după decesul Asiguratului, dar înainte ca beneficiul să fie plătit acestuia, drepturile sale sunt transferate asupra moștenitorilor legali ai Beneficiarului, dacă nu se precizează altfel.

ARTICOLUL 20 - Taxe, impozite

20.1. Taxele și impozitele aferente primelor de asigurare vor fi suportate de către Asigurător conform legislaţiei fiscale în vigoare. Titularul asigurării va plăti către Asigurător doar primele de asigurare.

20.2. Orice taxe, onorarii notariale și impozitele datorate, dacă este cazul, pentru primirea beneficiilor de la Asigurător, conform acestui contract, vor fi suportate de către Beneficiar, conform legislaţiei fiscale in vigoare.

20.3. Taxele de transfer a primelor plătite din străinătate vor fi achitate de către plătitor. Taxele de transfer a indemnizaţiilor de asigurare către străinătate vor fi achitate de către Beneficiarul plăţii.

ARTICOLUL 21 - Comunicări

21.1. Orice notificare, declaraţie sau cerere a Titularului/ Asiguratului/ Beneficiarului în legătură cu contractul, este valabilă dacă va fi transmisă Asigurătorului, în scris și semnată, prin cel puţin una dintre următoarele modalităţi:

- **a)** prin intermediul poștei electronice (e-mail transmis de la adresele menţionate de Titular în cererea de asigurare sau comunicate ulterior în scris de acesta) sau
- **b)** prin poștă sau
- **c)** livrată personal la sediile Societăţii sau
- **d)** prin fax sau
- **e)** prin curier sau
- **f)** prin serviciul/ serviciile electronic/e la distanţă pus la dispoziţie de Societate (ex.: platforme online, email) sau
- **g)** prin intermediul consultantului de asigurare.

21.2. Titularul/ Asiguratul/ Beneficiarul are obligaţia să se asigure că notificarea, declaraţia sau cererea a fost înregistrată la Sediul Societăţii.

21.3. Orice comunicare din partea Societăţii către Titular/ Asigurat/ Beneficiar este valabilă dacă va fi transmisă prin cel puţin una dintre următoarele modalităţi:

- **a)** prin poșta electronică de tip e-mail sau
- **b)** prin intermediul angajaţilor Societăţii sau
- **c)** prin fax sau

d) prin poștă sau

e) prin curier sau

f) prin alte mijloace electronice de comunicare (ex.: SMS, platforme online, etc) puse la dispoziţie de Societate.

21.4. Comunicarea livrată personal către Societate se consideră primită în momentul înmânării sau depunerii la Sediile Societăţii. Comunicarea prin curier/ servicii poştale se consideră primită de destinatar la data menţionată în evidenţele firmei de curierat ca dată a livrării/ data primirii menţionată pe confirmarea de primire. În cazul comunicărilor prin poștă simplă, notificarea, declaraţia sau cererea se consideră primită de destinatar la data înregistrării acesteia la sediile Societăţii de asigurare. Comunicarea trimisă prin fax, SMS și/ sau prin poșta electronică se va considera primită în prima zi lucrătoare după cea în care a fost trimisă.

21.5. Părţile convin că pentru anumite solicitări vor putea fi utilizate mijloace electronice la distanţă (online) de comunicare, oferite de Societate la momentul respectiv, de exemplu platformele online: **e-Customer** sau **e-Claims** sau **website-ul oficial al Societăţii** prin intermediul cărora Titularul/ Asiguratul/ Beneficiarul asigurării își poate administra contractul de asigurare, în termenii și condiţiile prevăzute de aceste servicii. Societatea îi va comunica Titularului asigurării (pe adresa de e-mail a acestuia sau telefonic) datele de identificare necesare accesării serviciului electronic la distanţă e-Customer. Denumirea serviciilor poate fi modificată unilateral de Societate.

21.6. În cazul în care Titularul acceptă termenii și condiţiile serviciilor electronice la distanţă, acestea devin anexă la contractul de asigurare și toate solicitările/ tranzacţiile efectuate prin intermediul serviciilor vor fi parte integrantă a contractului de asigurare.

21.7. În cazul în care contractul de asigurare prevede că anumite comunicări se fac prin afișarea pe website-ul Societăţii sau prin publicarea într-un cotidian naţional, o astfel de comunicare va fi considerată pe deplin valabilă.

21.8. Orice schimbare a datelor de contact ale părţilor va fi notificată celeilate părţi în scris, în caz contrar comunicările transmise la ultimele referinţe de contact declarate de părţi vor fi considerate perfect valabile.

ARTICOLUL 22 - Prevederi contradictorii

22.1. În cazul în care se vor constata contradicţii între prevederile prezentelor condiţii de asigurare și cele din poliţa de asigurare, conform legislaţiei în vigoare, prevederile din poliţa de asigurare vor prevala.

ARTICOLUL 23 - Independența clauzelor

23.1. În cazul în care una din clauzele prezentului contract contravine legii sau devine inoperantă ca urmare a aplicării unei decizii a unui organ jurisdicţional, aceasta nu va afecta valabilitatea sau aplicabilitatea celorlalte clauze contractuale care rămân în vigoare și produc efecte juridice.

23.2. Clauza inoperantă și/sau nelegală va fi înlocuită cu prevederea legală modificatoare, dacă va fi cazul.

ARTICOLUL 24 - Forța majoră

24.1. Forţă majoră se referă la un eveniment/ o situaţie extern/ă, imprevizibil/ă, absolut/ă, invincibil/ă, inevitabil/ă, neașteptat/ă și independent/ă de voinţa părţilor, invocat/ă de una din părţi, dovedit/ă cu documente emise de autorităţi publice competente, care a împiedicat una din părţi să își îndeplinească obligaţiile contractuale, deși a depus toate diligenţele necesare în vederea îndeplinirii obligaţiilor respective.

24.2. Părţile sunt exonerate de răspundere pentru neîndeplinirea sau îndeplinirea necorespunzătoare a obligaţiilor contractuale, dacă fac dovada că acestea s-au datorat unui caz de forţă majoră, definită conform prezentului document.

ARTICOLUL 25 - Legea aplicabilă și Fondul de Garantare al Asiguraţilor

25.1. Prezentului contract i se aplică legislaţia din Romania, incluzând, dar nelimitându-se la următoarele acte normative cu modificările și completările ulterioare: Codul Civil al României, Legea nr.236/2018; Ordonanţa 85/2004 și orice alte acte emise de autoritatea de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor.

25.2. Asiguraţii și Beneficiarii prezentei asigurări sunt protejaţi de către Fondul de Garantare a Asiguraţilor din România, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor, conform legislaţiei în vigoare aplicabilă creditorilor de asigurări afectaţi de consecinţele insolvenţei unui asigurător autorizat în alt stat membru care desfășoară activitate pe teritoriul României prin intermediul unei sucursale.

ARTICOLUL 26 - Proceduri de soluționare pe cale amiabilă a reclamațiilor

26.1. Titularul și Asiguratul cuprinși în contractul de asigurare și Societatea vor încerca soluţionarea pe cale amiabilă a oricăror litigii rezultate din executarea contractului de asigurare.

26.2. Orice reclamaţii adresate Societăţii de către Titularul și/sau Asiguratul cuprinși în contractul de asigurare, în legătură cu executarea contractului de asigurare, vor trebui formulate în scris, sub semnătura autorului, cu indicarea obiectului reclamaţiei, a motivelor acesteia, a eventualelor mijloace de probă, a domiciliului și a datelor de identificare ale autorului (CNP, număr și serie act de identitate, numerele tuturor contractelor la care se referă reclamaţia). Reclamaţiile vor fi depuse de către Titular și/sau Asigurat sau transmise prin fax/ scrisoare recomandată cu confirmare de primire la sediul Societăţii, sau prin e-mail la adresa client@metropolitanlife.ro ori pe site-ul Societăţii, www. metropolitanlife.ro, cu condiţia completării tuturor câmpurilor obligatorii.

26.3. Societatea va analiza reclamaţia și dacă va considera necesar va invita reclamantul la sediul său pentru susţinerea reclamaţiei sau va putea solicita acestuia prezentarea de informaţii suplimentare și/ sau documente și îi va comunica răspunsul său în 30 (treizeci) de zile de la înregistrarea reclamaţiei, prin e-mail/ fax / scrisoare recomandată cu confirmare de primire. Procedura amiabilă nu constituie o restrângere a dreptului reclamantului de a se adresa autorităţilor de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor (Autoritatea de Supraveghere Financiara și Banca Centrală a Irlandei), autorităţilor competente în domeniul protecţiei consumatorului și/sau instantelor judecătorești competente.

ARTICOLUL 27 - Litigii

27.1. Orice parte contractuală se poate adresa instanţelor judecătorești din România competente, pentru soluţionarea oricărei pretenţii care are legătură cu asigurarea.

Asigurarea Wise Simplu

Condiţii speciale

Definiții specifice

Contul suplimentar de investiţie: un cont adiţional la contul de investiţii, administrat de Asigurător şi utilizat pentru evidenţa unor unităţi de fond suplimentare. Acest cont este special creat pentru administrarea plăţilor suplimentare unice (plătite de către Titular prin Componenta de investiţii Invest Extra) sau pentru alocarea diverselor bonusuri pe poliţă de către Societate. Detalii despre acest cont sunt prezentate în termenii şi condiţiile componentei Invest Extra.

Preţul de vânzare al unităţii de fond: preţul la care o unitate de fond este vândută de către Titularul asigurării.

Preţul de cumpărare al unităţii de fond: preţul la care o unitate de fond este cumpărată de către Titularul asigurării. Acesta este egal cu preţul de vânzare majorat cu un anumit procent, menţionat în Anexa 2 a prezentului contract de asigurare.

Profilul de risc: nivelul de risc investiţional pe care Titularul asigurării este dispus să şi-l asume pentru o anumită perioadă de timp.

Programul de investiţii: un portofoliu standard format din diverse tipuri de active financiare, administrate de către Asigurător.

Prospectul programului de investiţii: regulile care descriu în detaliu programelor de investiţii, modul lor de organizare și administrare, acestea făcând parte integrantă din acest contract de asigurare. Regulile pot fi modificate de Societate, cu notificare scrisă imediată către Titularul poliţei de asigurare.

Strategia de investiţii: o combinaţie a programelor de investiţii, aleasă de către Titularul asigurării în funcţie de profilul său de risc. Alegerea strategiei are loc la data semnării sau consimţirii prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, contractului suplimentar de asigurare şi poate fi modificată ulterior, printr-o solicitare scrisă și transmisă Societăţii sau prin platforma e-Customer pusă la dispoziţie de Societate.

Taxa de administrare a programelor de investiţii: taxa percepută de Societate pentru acoperirea costurilor de administrare ale activelor aferente programelor de investiţii. Taxa se aplică la valoarea de piaţă a activelor programului de investiţii și se reflectă în preţul unităţii de fond. Valoarea anuală a taxei de administrare este prezentată în Tabelul Elementelor Variabile.

Tabelul Elementelor Variabile: lista elementelor variabile aplicabile acestui contract la data intrării în vigoare, detaliate in Anexa 2 a prezentului document. Aceste elemente variabile sunt necesare în vederea administrării componentei de investiţii și valoarea lor poate fi modificată oricând de Societate, tabelul actualizat fiind disponibil pe website-ul Societăţii, precum și în toate sediile Asigurătorului.

Unitate de fond: o diviziune a programului de investiţii oferit de Asigurător, pe baza căruia se calculează valoarea Contului de investiţii, conform prezentului contract de asigurare.

Valoarea contului de investiţii: valoarea cumulată a tuturor unităţilor de fond existente în contul de investiţii.

ARTICOLUL 1 - Contul de investiții și rolul său în asigurare

1.1. Prin componenta de investiţii, Titularul poate accesa programele de investiţii puse la dispoziţie de Societate, beneficiind astfel de randamentele acestora pe perioada în care contractul este în vigoare.

Comparativ cu alte instrumente de economisire cu venituri fixe, respectiv garantate, scopul principal al componentei de investiţii este să te ajute să beneficiezi în timp de câștiguri mai mari, în funcţie de profilul de risc al strategiei de investiţii pe care Titularul a ales-o.

Este foarte important însă să știi că investiţia poate înregistra și pierderi, iar dinamica câștigurilor din fiecare program de investiţii este direct proporţională cu gradul de risc asociat acestuia.

1.2. Randamentul agregat al componentei de investiţii se reflectă în valoarea contului de investiţii.

1.3. Prezentele condiţii speciale au scopul de a detalia toţi factorii care pot influenţa valoarea contului de investiţii.

1.4. În funcţie de strategia aleasă, **valoarea contului de investiţii** se va calcula astfel:

numărul de unităţi pentru fiecare program de investiţii x (înmulţit) cu preţul de vânzare al respectivelor unităţi de fond

ARTICOLUL 2 - Evaluarea unităților de fond

2.1. Evaluarea activelor ce stau la baza programelor de investiţii se realizează zilnic, conform regulamentelor contabile aplicate în domeniul asigurărilor emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară, în conformitate cu Directivele Europene.

2.2. Pentru fiecare program de investiţii în parte, **valoarea netă a activelor** va fi determinată ca diferenţă între valoarea de piaţă a respectivelor active și taxa de administrare a programului de investiţii, aplicată de Societate la momentul evaluării. Taxele de administrare setate de către Societate sunt prevăzute în Anexa 2 “Nivelul și structura taxelor aplicabile contului de investiţii”, din prezentul document.

2.2. În baza acestui proces de evaluare, se determină preţul unităţii de fond pentru fiecare program de investiţii în parte, ca raport între valoarea netă a activelor programului de investiţii și numărul total de unităţi investite de către Societate în respectivul program de investiţii.

2.4. Preţul unităţii de fond astfel determinat va reprezenta preţul de vânzare al unităţii de fond pentru fiecare program de investiţii în parte. Preţul de cumpărare al unităţii de fond este egal cu preţul de vânzare al unităţii de fond, majorat cu un anumit procent, detaliat în tabelul elementelor variabile de la sfârșitul prezentului contract de asigurare.

Preţul de vânzare al unităţii de fond = valoarea netă a activelor programului de investiţii / (împărţită) la numărul total de unităţi investite de Societate în respectivul program Preţul de cumpărare al unităţii de fond = preţul de vânzare al unităţii de fond x (înmulţit) cu 102%

2.5. În baza procesului de evaluare zilnic, preţul unităţii de fond va crește sau va scădea, generând astfel venituri sau pierderi în raport cu sumele investite. Veniturile obţinute pe baza activelor programelor de investiţii vor fi reinvestite în acestea.

2.6. Preţul unităţii de fond nu este garantat de către Asigurător, el fluctuând în funcţie de evoluţia pieţei de capital.

ARTICOLUL 3 - Modificări ale contului de investiții

3.1. Pe durata valabilităţii contractului de asigurare, Titularul poate modifica strategia de investiţii, cu respectarea prevederilor Tabelului Elementelor Variabile, în vigoare la data solicitării.

3.2. Modificarea strategiei de investiţii se poate realiza atât online, prin platforma e-Customer, cât și printr-un formular tip pus la dispoziţie de Societate, completat și semnat de către Titularul contractului și depus la sediile Societăţii. Indiferent de modul de transmitere a solicitării de modificare a strategiei de investiţii, noua strategie devine efectivă numai după ce solicitarea a fost acceptată de către Societate.

3.3. Orice solicitare de modificare va fi acceptată de Asigurător în maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data primirii acesteia.

3.3. Pe durata derulării contractului de asigurare, sunt posibile 2 (două) tipuri de modificări a strategiei de investiţie:

A. Transferul unităţilor de fond deja existente:

- Titularul asigurării poate transfera unităţile de fond dintr-un program de investiţii în unul sau mai multe programe de investiţii. Aceste transferuri vor fi efectuate ţinând cont de limitele și costurile menţionate în Tabelului Elementelor Variabile, în vigoare la data procesării.
- Valoarea de transferat dintr-un program de investiţii va fi iniţial cuantificată în Lei (prin înmulţirea numărului de unităţi de transferat cu preţul de vânzare al unităţii respective, la momentul transferului), fiind ulterior transferată în programul sau programele de investiţii indicate de către Titular în solicitarea transmisă și în proporţiile specificate de acesta. Transferul se va realiza prin convertirea respectivei sume în unităţi de fond a noilor programe de investiţii, pe baza preţului de vânzare al noilor unităţi de fond.

B. Redirecţionarea primelor viitoare:

- Titularul asigurării poate solicita oricând modificarea procentelor de alocare ale programelor de investiţii aferente primelor viitoare. Redirecţionarea primelor viitoare va fi efectuată după deducerea oricăror cheltuieli asociate cu această modificare, așa cum sunt acestea menţionate în Tabelul Elementelor Variabile.

ARTICOLUL 4 - Modificarea programelor de investiții

4.1. Societatea poate modifica oricând, unilateral, **componenţa programelor de investiţii**, putând retrage/ închide orice program de investiţii sau adăuga un nou program de investiţii.

4.2. Suplimentar, Societatea poate modifica unilateral **prospectele programelor de investiţii**.

4.3. Orice modificare va fi însoţită de o notificare scrisă, transmisă către Titularul asigurării.

4.4. Componenţa actualizată a programelor de investiţii poate fi consultată pe website-ul Societăţii.

ARTICOLUL 5 - Administrarea contului de investiții

5.2. Pe durata contractului de asigurare, numărul unităţilor de fond din contul de investiţii se va majora, prin următoarele acţiuni:

A. Alocarea primelor de asigurare aferente componentei de investiţii, în contul de investiţii

a) În urma plăţii primei de asigurare pentru componenta de investiţii, Societatea determină **valoarea primei de investit**, calculată ca procent din valoarea primei de asigurare plătită pentru componenta de investiţii, astfel:

An de asigurare	Procent de alocare
1	50%
2	50%
3+	100%

Tabel 1. Procent de alocare

b) Rolul primei de investit este de a majora valoarea contului de investiţii prin alocarea unui număr de unităţi de fond, determinat pe baza preţului de cumpărare din ziua alocării primei, conform strategiei de investiţii.

numărul de unităţi de fond alocate = valoarea primei de investit / (împărţită) la preţul de cumpărare al unităţilor de fond alocate

c) Cea dintâi primă de investit va fi alocată în contul Asiguratului în maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data la care următoarele condiţii sunt îndeplinite simultan:

- prima de asigurare a fost înregistrată în contul bancar al Societăţii
- cererea de asigurare a fost acceptată de Societate.

d) Începând cu a doua plată a primei de asigurare, prima de investit va fi alocată în cont în maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data la care prima de asigurare a fost înregistrată în contul bancar al Societăţii, conform instrucţiunilor oferite de Societate.

e) În cazul în care contul de investiţii este format din unităţi de fond aparţinând mai multor programe de investiţii, prima de investit va fi alocată în conformitate cu strategia de investiţii menţionată în contractul de asigurare și valabilă la momentul alocării primei.

Exemplu: un client optează pentru asigurarea Wise Simplu. Pentru componenta de investiţii, acesta plătește anual o primă de asigurare de 2.000 de Lei. Strategia sa de investiţii este:

- Programul de investiţii “Leu Dinamic”: 80%
- Programul de investiţii “Euro Power”: 20%.

În primul an contractual, prima de investit reprezintă 50% din prima de asigurare plătită pentru componenta de investiţii, astfel:

prima de investit = 50% * 2.000 de Lei = 1.000 de Lei.

Prima de investit va fi alocată în contul de investiţii conform **strategiei de investiţii**, la **preţul de cumpărare** al unităţilor de fond pentru fiecare program în parte, astfel:

- suma de 800 de Lei (80% din prima de investit) în Programul de investiţii “Leu Dinamic”,
- suma de 200 de Lei (20% din prima de investit) în Programul de investiţii “Euro Power”.

B. Alocarea de bonusuri:

b) În funcţie de anumite criterii de eligibilitate, prezentate în cele ce urmează, Societatea va aloca în contul suplimentar de investiţii (aferent componentei Invest Extra) bonusurile descrise în acest articol. În cazul în care Titularul nu a optat pentru componenta suplimentară de investiţii Invest Extra, Societatea va crea automat contul suplimentar de investiţii la momentul alocării primului bonus pe poliţă.

c) Valoarea respectivelor bonusuri va fi transformată în unităţi de fond, numărul de unităţi de fond astfel alocate se va calcula prin raportarea valorii bonusului la preţul de vânzare al unităţilor de fond valabil la momentul alocării, conform strategiei de investiţii existente pe poliţă la momentul alocării acestora.

numărul de unităţi de fond alocate = valoarea bonusului / (împărţită) la preţul de vânzare al unităţilor de fond alocate

d) Asiguratul are dreptul să încaseze oricând valoarea contului suplimentar de investiţii aferent bonusurilor, taxele de răscumpărare pentru respectivul cont fiind nule. Detalii suplimentare despre alocarea bonusurilor în contul suplimentar de investiţii, respectiv despre răscumpărarea respectivului cont, se regăsesc în condiţiile contractuale ale *“Componentei de investiţii Invest Extra”*, puse la dispoziţie de către Asigurător împreună cu prezentul document.

e) Bonusurile vor fi acordate de către Societate atât timp cât contractul de asigurare este în vigoare, cu toate primele de asigurare achitate integral la data la care bonusurile devin eligibile. În cazul în care, data la care un bonus devine eligibil se suprapune cu perioada în care contractul este convertit în contract liber de plata primelor ca urmare a neplăţii primelor de asigurare, plata acestuia va fi realizată de către Societate doar în condiţiile descrise în articolul *“Contract liber de plata primelor”*.

f) Bonusurile nu vor fi alocate de Societate dacă evenimentul ce stă la baza acordării bonusului a avut loc după maturitatea prezentului contract de asigurare, indiferent dacă acesta este automat convertit în contract liber de plata primelor.

1. Bonus pentru evenimente fericite în viaţa Asiguratului

1.1. Pentru anumite evenimente importante din viaţa Asiguratului (menţionate mai jos), Societatea va acorda un bonus în valoare de **50% din prima anuală minimă pentru componenta de investiţii**, plătită pe parcursul perioadei de valabilitate a contractului, până la data evenimentului, majorările de primă nefiind astfel luate în considerare. Aceste evenimente sunt:

- căsătoria Asiguratului,
- naşterea copilului Asiguratului,
- intrarea la facultate a Asiguratului,
- intrarea la facultate a copilului Asiguratului,
- nunta de argint a Asiguratului (25 de ani de căsătorie).

1.2. Bonusul va fi acordat dacă toate primele de asigurare au fost achitate până la data evenimentului. În cazul în care evenimentul a avut loc în perioada în care contractul a fost convertit în contract liber de plata primelor, plata acestuia va fi realizată de către Societate doar în condiţiile descrise în articolul *“Contract liber de plata primelor”*.

1.3. Acest bonus va fi alocat în contul suplimentar de investiţii, atașat contului de investiţii, în urma unei solicitări scrise și semnate din partea Asiguratului/Titularului. Societatea va solicita, după caz, documente doveditoare pentru evenimentele ce constituie baza acestui bonus:

a) Copie a certificatului de căsătorie (bonus pentru căsătoria Asiguratului);

b) Copie a certificatului de naștere pentru copil (bonus pentru naşterea unui copil);

c) Adeverinţă eliberată de instituţia de învăţământ ce atestă calitatea de student a Asiguratului/ a copilului acestuia (bonus pentru intrarea la facultate a Asiguratului sau a copilului acestuia);

d) Adeverinţă eliberată de o instituţie publică care să ateste împlinirea a 25 de ani de la căsătorie (bonus pentru nunta de argint a Asiguratului).

1.4. Bonusul va fi acordat de maximum 2 (două) ori pe parcursul contractului. Suplimentar, acest bonus va putea fi solicitat de către Asigurat/ Titular, dacă evenimentul ce stă la baza bonusului a avut loc începând cu anul 2 (doi) de asigurare.

2. Bonus de loialitate

2.1. Societatea va acorda un bonus de loialitate la anumite aniversări, valoarea fiecărui bonus fiind calculată pe baza primelor de asigurare anuale plătite pentru componenta de investiţii, astfel:

- La a 10-a aniversare: **25% din media primelor anuale** plătite pentru componenta de investiţii între anul 6 și anul 10 de asigurare, inclusiv;
- La a 15-a aniversare: **50% din media primelor anuale** plătite pentru componenta de investiţii între anul 11 și anul 15 de asigurare, inclusiv;
- La a 20-a aniversare: **50% din media primelor anuale** plătite pentru componenta de investiţii între anul 16 și anul 20 de asigurare, inclusiv.

2.2. Dacă durata contractului de asigurare este mai scurtă decât perioada de eligibilitate a unuia dintre cele trei bonusuri de loialitate, respectivele bonusuri ce depășesc maturitatea prezentului contract nu vor fi alocate. Extinderea contractului prin transformarea acestuia în contract liber de plata primelor, nu va fi considerată o extindere a maturităţii componentei de investiţii, în contextul alocării bonusului de loialitate.

2.3. În maximum 30 (treizeci) de zile de la data la care bonusul a fost alocat în contul suplimentar de investiţii, Societatea va trimite către Titular o comunicare pentru a-l informa despre această alocare. Comunicarea se va efectua conform articolului *“Comunicări”*.

3. Bonusul pentru 0 despăgubiri

3.1. Dacă Asiguratul este în viaţă la finalul celui de-al 15-lea an contractual sau la data maturităţii, dacă maturitatea contractului survine mai devreme de cei 15 ani, Societatea va plăti către Asigurat drept bonus pentru 0 despăgubiri, 30% din totalul primelor plătite pentru acoperirea riscului de deces al Asiguratului, de la începutul contractului şi până la momentul alocării bonusului.

3.2. Bonusul pentru 0 despăgubiri va fi automat alocat în contul suplimentar de investiţii, ataşat prezentului contract. În maxim 30 (treizeci) de zile de la data alocării bonusului, Societatea va trimite către Titular o comunicare pentru a îl înştiinţa în acest sens. Comunicarea se va efectua conform articolului *“Comunicări”*.

3.3. Bonusul pentru 0 despăgubiri se va calcula luând în considerare inclusiv primele rezultate în urma procesului de indexare, cunoscute sub denumirea de prime indexate.

3.4. Acest beneficiu va fi acordat de către Societate atât timp cât contractul de asigurare rămâne în vigoare, însă alocarea sa va ţine cont şi de următoarele reguli specifice:

a) Dacă decesul Asiguratului survine înainte de data alocării bonusului pentru 0 despăgubiri, dar notificarea decesului a avut loc după alocarea automată a bonusului de către Societate, orice beneficiu de deces plătibil în baza prezentului contract de asigurare va fi diminuat cu valoarea bonusului deja plătit de Societate.

b) Dacă, la data la care alocarea bonusului devine eligibilă, contractul de asigurare se află în perioada de graţie şi prima de asigurare nu a fost plătită, bonusul va fi automat plătit de către Societate după plata integrală a primei de asigurare de către Titularul contractului. Plata bonusului nu este purtătoare de dobânzi.

ARTICOLUL 6 - Contract liber de plata primelor

6.1. Prezentul contract de asigurare poate fi transformat în contract liber de plata primelor în următoarele situaţii:

- **La maturitatea contractului de asigurare**

a) Dacă valoarea contului la data maturităţii este mai mare de 1.200 Lei*, acest contract de asigurare este transformat automat în contract liber de plata primelor. Titularul contractului va fi notificat în acest sens în maxim 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data maturităţii.

b) Dacă valoarea contului la data maturităţii este mai mică de 1.200 Lei*, contul de investiţii va fi automat răscumpărat de Societate, împreună cu orice alt cont suplimentar de investiţii ataşat, prin plata valorii respectivelor conturi către Asigurat, calculate la data maturităţii. Titularul contractului va fi notificat în acest sens în maximum 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data maturităţii, acesta fiind responsabil să transmită Societăţii datele bancare ale Asiguratului în vederea efectuării plăţii.

** Pragul de 1.200 Lei este disponibil la momentul emiterii acestui contract de asigurare. În situaţia în care acesta se va modifica, noua valoare va fi disponibilă pe website-ul Societăţii.*

c) Pe parcursul acestui tip de contract, Asiguratul va putea efectua atât **răscumpărări parţiale**, cât şi **răscumpărarea totală a componentei de investiţii**, cu respectarea limitelor precizate în Tabelul Elementelor Variabile. În cazul răscumpărării totale, contractul încetează la data soluţionării cererii de răscumpărare.

d) Orice cerere de răscumpărare (parţială sau totală) înregistrată după data maturităţii, se va soluţiona prin plata integrală a valorii răscumpărate, taxele de răscumpărare aferente contului de investiţii în această perioadă fiind nule.

e) Durata maximă a contractului liber de plata primelor este de 5 (cinci) ani de la data maturităţii. Dacă la sfârşitul celor 5 (cinci) ani, contractul liber de plata primelor este încă în vigoare, contractul va înceta de plin drept, prin plata valorii contului de investiţii către Asigurat. Titularul asigurării va fi notificat în acest sens în maxim 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data încetării, acesta fiind responsabil să transmită Societăţii datele bancare ale Asiguratului în vederea efectuării plăţii.

- **În caz de neplată a primelor în perioada de graţie**

a) În caz de neplată a primelor datorate până la sfârșitul perioadei suplimentare de graţie, contractul de asigurare va fi transformat automat într-un contract liber de plata primelor, dacă următoarele condiţii sunt simultan îndeplinite:

- contractul de asigurare a rămas în vigoare pe o perioadă de minimum 2 (doi) ani, cu toate primele plătite integral și
- valoarea contului de investiţii la momentul transformării în contract liber de plata primelor este mai mare de 1.200 Lei*.

** Pragul de 1.200 Lei este disponibil la momentul emiterii acestui contract de asigurare. În situaţia în care acesta se va modifica, noua valoare va fi disponibilă pe website-ul Societăţii.*

b) Pe parcursul acestui tip de contract, Titularul asigurării va putea efectua atât **răscumpărări parţiale**, cât și **răscumpărarea totală a componentei de investiţii**, prevederile articolului *"Răscumpărarea contractului suplimentar de asigurare"* fiind aplicabile. Astfel, taxele de răscumpărare vor fi raportate la durata componentei de investiţii la momentul convertirii acesteia în contract liber de plata primelor. În consecinţă, definiţia duratei pentru componenta de investiţii în vederea determinării taxelor de răscumpărare va fi cea menţionată în secţiunea "Definiţii generale".

c) Oricând pe perioada primilor 3 (trei) ani de valabilitate ai acestui tip de contract, Titularul asigurării poate opta pentru **repunerea în vigoare a contractului de asigurare**, conform articolului "Repunerea în vigoare a contractului de asigurare". Cu toate acestea, odată răscumpărat total, prezentul contract nu va mai putea fi repus în vigoare.

d) Durata maximă a acestui tip de contract este de 5 (cinci) ani de la prima dată scadentă a primei neachitate. Dacă la sfârșitul celor 5 (cinci) ani, contractul liber de plata primelor este încă în vigoare, contractul de asigurare va înceta de plin drept, prin plata valorii de răscumpărare către Titularul contractului. Titularul asigurării va fi notificat în acest sens în maxim 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data încetării.

6.2. Prin perioada de valabilitate a acestui tip de contract, Societatea va continua să administreze contul de investiţii.

6.3. Dacă pe parcursul contractului liber de plata primelor, survine **decesul Asiguratului**, Societatea va plăti către Beneficiari sau către moștenitorii legali ai Asiguratului, dacă nu sunt desemnaţi alţi Beneficiari, un beneficiu de deces egal cu **valoarea contului de investiţii** de la data notificării decesului.

6.4. La momentul transformării prezentului contract în contract liber de plata primelor, planul de bază pe care este atașată prezenta componentă de investiţii, împreună cu orice alt contract suplimentar existent pe poliţa de asigurare la momentul respectiv, nu vor mai fi active. Excepţie face Componenta de investiţie Invest Extra ce va rămâne activă atât timp cât contractul liber de plata primelor rămâne în vigoare.

6.5. Drept urmare, odată cu activarea acestui tip de contract, nicio prima de asigurare nu va mai fi solicitată sau acceptată în baza poliţei de asigurare, aceasta cuprinzând prezentul plan de asigurare de bază, împreună cu orice alt contract suplimentar existent pe poliţă. De asemenea, nicio primă suplimentară de investiţie nu va mai fi acceptată de către Societate.

6.6. Pe perioada de valabilitate a contractului liber de plata primelor, în contul suplimentar de investiţii (Invest Extra) nu se va aloca niciun tip de bonus. Cu toate acestea, orice bonus ce ar fi putut fi plătit de către Societate în această perioadă, dacă contractul de asigurare ar fi fost în vigoare, va fi alocat în contul suplimentar de investiţii, dacă următoarele condiţii sunt simultan îndeplinite:

- conversia la contractul liber de plata primelor s-a realizat ca urmare a neplăţii primei de asigurare;
- contractul de asigurare a fost repus în vigoare, conform articolului *"Repunerea în vigoare a contractului de asigurare"*.

6.6. În baza paragrafului anterior, "Bonusului de loialitate" și "Bonusul pentru 0 despăgubiri" vor fi alocate automat de către Societate, la data repunerii în vigoare a contractului. Pentru "Bonusul pentru evenimente fericite în viaţa Asiguratului", Titularul/ Asiguratul va notifica Societatea și va prezenta documentele necesare, conform articolului *"Bonusul de evenimente fericite în viaţa Asiguratului"*.

ARTICOLUL 7 - Răscumpărarea componentei de investiții de asigurare

7.1. Răscumpărarea componentei de investiţii poate fi:

A. **totală, înainte de data maturităţii** → încetarea contractului de asigurare;

B. **totală, începând cu data maturităţii** → încetarea contractului liber de plata primelor;

C. **parţială** → contractul de asigurare rămâne în vigoare.

7.2. Titularul asigurării sau Asiguratul (după caz, așa cum este detaliat în cele ce urmează) vor depune în acest sens o cerere scrisă și semnată la sediile Societăţii. Respectiva cerere va fi procesată de Societate în maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data primirii acesteia.

A. Răscumpărarea totală a componentei de investiţii, înainte de data maturităţii

a) Înainte de data maturităţii, contractul suplimentar de asigurare poate fi răscumpărat integral doar de către Titularul asigurării, contractul încetând la data soluţionării cererii de răscumpărare prin plata valorii de răscumpărare către Titular.

b) Societatea va calcula valoarea de răscumpărare, prin deducerea taxelor de răscumpărare din valoarea contului de investiţii. Taxele de răscumpărare variază în funcţie de anul contractual al prezentei asigurări, astfel:

Anul de asigurare	Taxe de răscumpărare aplicabile contului de investiţii
1 și 2	100%
3	80%
4	60%
5	30%
6	15%
7-10	5%
11+	0%

Tabel 2. Taxe de răscumpărare

B. Răscumpărarea totală a componentei de investiţii, începând cu data maturităţii

e) Dacă contractul de asigurare a ajuns la maturitate, iar valoarea contului de investiţii nu depășește pragul de 1.200 Lei, componenta de investiţii va fi automat răscumpărată de către Societate, împreună cu orice alt cont suplimentar de investiţii atașat, prin plata valorii contului de investiţii către Asigurat, calculată la data maturităţii.

f) În caz contrar, la data maturităţii, Societatea va extinde automat perioada de valabilitate a contractului de asigurare cu o durată fixă de 5 (cinci) ani, conform articolului *“Contract liber de plata primelor”*.

g) Pe perioada de valabilitate a contractului liber de plata primelor, răscumpărarea totală a contractului va putea fi solicitată doar de către Asigurat, contractul încetând la data soluţionării cererii de răscumpărare prin plata valorii contului de investiţii către Asigurat.

C. Răscumpărarea parţială a componentei de investiţii

1. Componenta de investiţii poate fi răscumpărată parţial, cu respectarea limitelor precizate în Tabelul Elementelor Variabile, astfel:

- înainte de data maturităţii, doar de către Titularul asigurării;
- după data maturităţii, dacă contractul de asigurare a fost convertit în contract liber de plata primelor, doar de către Asigurat.

2. În urma cererii de răscumpărare parţială, Societatea va reduce numărul de unităţi de fond din contul de investiţii corespunzător cu următoarele valori:

- Valoarea răscumpărării parţiale, reprezentând valoarea solicitată de către Titularul poliţei sau de către Asigurat pentru a fi dedusă din contul de investiţii
- Valoarea taxelor de răscumpărare, conform Tabelului 2. "Taxe de răscumpărare" prevăzut la articolul *"Răscumpărarea totală a componentei de investiţii, înainte de data maturităţii"*, în cazul în care răscumpărarea parţială a avut loc înainte de data maturităţii contractului.

3. În cazul în care, la data solicitării răscumpărării parţiale, contul de investiţii este format din unităţi de fond aparţinând mai multor programe de investiţii, valoarea răscumpărată parţial din fiecare program de investiţii (inclusiv taxele de răscumpărare) se va calcula proporţional cu valoarea contului de investiţii, dacă Titularul/ Asiguratul nu solicită altfel. Toate aceste tranzacţii sunt realizate folosind preţul de vânzare al unităţilor de fond valabil la data tranzacţiei.

Exemplu: un client a acumulat în contul de investiţii suma de 15.000 Lei, distribuiţi astfel:

- Programul de investiţii "Leu Dinamic": 12.400 Lei (reprezentând 82,67% din valoarea contului) și
- Programul de investiţii "Euro Power": 2.600 Lei (reprezentând 17,33% din valoarea contului).

În anul 5, clientul solicită o **răscumpărare parţială** în valoare de 3.000 Lei. Astfel, valoarea contului său de investiţii va fi redusă cu suma de 4.285,71 Lei, compusă din:

- Valoarea răscumpărării parţiale: 3.000 Lei
- Taxe de răscumpărare aplicabile celui de-al 5-lea an contractual: 30% * 4.285,71 Lei = 1.285,71 Lei.

Valoarea răscumpărată din fiecare program de investiţii este:

- din Programul "Leu Dinamic": suma de 3.542,86 Lei (82,67% din valoarea răscumpărată),
- din Programul "Euro Power": suma de 742,86 Lei (17,33% din valoarea răscumpărată).

Asigurarea Wise Simplu

Anexa 1 la Condiţiile speciale

Programele de investiții

1.1. Scopul programelor de investiţii

1.1.1. Obiectivul creării programelor de investiţii este creşterea pe termen lung a valorii activelor deţinute. Acestea sunt programe de investiţii distincte administrate de Societate, fiind incluse în activele acesteia.

1.2. Calculul preţului unităţii de fond

1.2.1. Preţul de vânzare al unei unităţi de fond se calculează ca fiind raportul dintre valoarea activelor nete, calculate conform articolului *"Evaluarea unităţilor de fond"* din condiţiile speciale ale prezentului contract şi numărul total al unităţilor de fond aflate în administrare, la data evaluării.

1.2.2. Preţul se calculează pentru fiecare program de investiţii în parte.

1.2.3. Preţul de cumpărare se calculează prin majorarea cu un anumit procent, menţionat în Anexa 2 a prezentului contract de asigurare.

1.3. Precizări suplimentare

1.3.1. Programele de investiţii nu includ garanţii în ceea ce privește randamentul investiţional.

1.3.2. Pentru programele de investiţii denominate în altă monedă, preţul zilnic (preţul de vânzare și/sau preţul de cumpărare) al acestora va include și fluctuaţia de curs valutar.

1.3.3. Preţurile zilnice de vânzare și de cumpărare ale unităţilor de fond din programele de investiţii sunt disponibile pe website-ul și în toate sediile Societăţii.

1.3.4. Preţurile zilnice iau în calcul taxele de administrare ale programelor de investiţii, conform precizărilor din Tabelul Elementelor Variabile, în vigoare la data evaluării.

Asigurarea Wise Simplu

Anexa 2 la Condiţiile speciale

Important: Aceasta anexă cuprinde lista elementelor variabile aplicabile componentei de investiţii la data intrării în vigoare. Aceste elemente variabile sunt necesare în vederea administrării contului de investiţii și valoarea lor poate fi modificată oricând de Societate, tabelul actualizat fiind disponibil pe website-ul Societăţii, precum și în toate sediile Asigurătorului.

Tabelul elementelor variabile

I. Taxa de poliţă	33 Lei/an; acest cost este evidenţiat separat in poliţa de asigurare.
II. Taxe pentru modificarea strategiei de investiţii a contului	Modificări posibile: • redirecţionări de prime: 1 modificare gratuită/ an de poliţă • transfer de unităţi de fond: 2 modificări gratuite/ an de poliţă O taxă de 4 Lei va fi debitată din contul de investiţii, pentru fiecare modificare suplimentară. Orice modificare efectuată prin platforma e-Customer va fi gratuită.
III. Taxe de administrare a programelor de investiţie	Taxa se calculează prin aplicarea procentului aferent programului de investiţii la valoarea de piaţă a activelor programului respectiv. Valoarea astfel obţinută se deduce din valoarea de piaţă a respectivelor active, obţinându-se astfel valoarea netă a activelor programului de investiţii, evaluată zilnic. Taxa se reflectă în preţul unităţii de fond. • „LEU Confortabil”: 1,20% pe an • „LEU Echilibrat”: 1,80% pe an • „LEU Dinamic”: 2,40% pe an • „EURO Power”: 2,00% pe an • „EURO Accelerated”: 2,00% pe an
IV. Preţul unităţilor de fond	Preţul de cumpărare al unităţii de fond = Preţul de vânzare al unităţii de fond majorat procentual cu 2%, unde Preţul de vânzare al unităţii de fond pentru fiecare program de investiţii este calculat zilnic și se determină ca valoarea netă a activelor programului de investiţii / (împărţită) la numărul total de unităţi investite de Societate în respectivul program de investiţii.
V. Procent (%) de investire a primelor de asigurare pentru componenta de investiţii	**Anul 1** – 50% din valoarea primei de asigurare plătită pentru componenta de investiţii, fără taxa de polită, va fi investită in Contul de investiţii al Asiguratului **Anul 2** – 50% din valoarea primei de asigurare plătită pentru componenta de investiţii, fără taxa de poliţă, va fi investită în Contul de investiţii al Asiguratului. Începând cu anul 3 al contractului, 100% din valoarea primei de asigurare plătită pentru componenta de investiţii, fără taxa de poliţă, va fi investită în Contul de investiţii al Asiguratului.

<table>
<tr>
<td>VI. Răscumpărarea totală</td>
<td>Este valabilă începând cu anul 3 de asigurare.
Taxa de răscumpărare se aplică la valoarea Contului de investiţii al Asiguratului și variază în funcţie de anul contractual.
<table>
<tr><th>Anul de asigurare</th><th>Taxe de răscumpărare aplicabile contului de investiţii</th></tr>
<tr><td>1 și 2</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>3</td><td>80%</td></tr>
<tr><td>4</td><td>60%</td></tr>
<tr><td>5</td><td>30%</td></tr>
<tr><td>6</td><td>15%</td></tr>
<tr><td>7-10</td><td>5%</td></tr>
<tr><td>11+</td><td>0%</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>VII. Răscumpărarea parţială</td>
<td>Este valabilă începând cu anul 3 de asigurare.
- Valoarea minimă a răscumpărării parţiale: 1,000 Lei
- Valoarea minimă a contului Asiguratului după răscumpărarea parţială: 1,000 Lei.
În cazul răscumpărării parţiale, în funcţie de anul contractual, se aplică taxa de răscumpărare prevazută în secţiunea Răscumpărarea totală. Taxa se aplică la valoarea contului aferentă sumei răscumpărate, conform punctului 3 de la secţiunea C. Răscumpărarea parţială a componentei de investiţii, ARTICOLUL 7 - Răscumpărarea componentei de investiţii de asigurare</td>
</tr>
<tr>
<td>VIII. Procent minim de investit într-un program de investiţii</td>
<td>5%
Suma tuturor procentelor alocate în programele de investiţii nu poate depăși 100%.</td>
</tr>
</table>

Contract suplimentar

Exonerare de la plata primelor (L164)

Condiţii Contractuale

Articolul 1 - Definirea invalidității totale și permanente:

1.1. Invaliditatea totală și permanentă (denumită în continuare “Invaliditate”) înseamnă în acest contract de asigurare invaliditatea rezultată din vătămări corporale sau afecţiuni care îl împiedică pe Titular, în mod total și permanent, să se angajeze în orice activitate sau ocupaţie și să desfășoare orice muncă în schimbul unei compensaţii sau al unui profit, invaliditate care a continuat neîntrerupt pe o perioadă de cel puţin 12 (douăsprezece) luni. Invaliditatea cu o astfel de durată va fi considerată permanentă numai în scopul determinării începerii obligaţiilor de mai jos.

1.2. Totuși, Societatea va recunoaște ca fiind o invaliditate totală și permanentă:

a. pierderea totală și irecuperabilă a vederii ambilor ochi, sau

b. pierderea totală și irecuperabilă prin amputare a:

- ambelor mâini deasupra articulaţiei; sau

- ambelor picioare deasupra gleznei; sau

- uneia din mâini deasupra articulaţiei și a unui picior deasupra gleznei.

Articolul 2 - Prevederi generale

2.1. Acest contract suplimentar constituie o parte integrantă a contractului de asigurare, căruia îi este anexat și este valabil numai dacă prezentul beneficiu este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă, cu condiţia plăţii primei și a valabilităţii asigurării de bază.

2.2. Acest contract este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Titularului persoană fizică, al cărui nume apare în poliţa de asigurare, după formularea unei solicitări scrise și semnate, sau consimţite prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, conform opţiunii Titularului, exprimată la momentul cererii pentru asigurarea de bază sau la o dată ulterioară într-o formă acceptată de Societate. Această clauză nu este aplicabilă Titularului persoană juridică.

2.3. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime suplimentare. Valoarea acestei prime este menţionată în poliţa de asigurare sau într-o anexă. Prima de asigurare pentru acest contract suplimentar se va calcula raportat la prima totală a contractului.

2.4. Societatea va aplica exonerarea de la plată pentru fiecare primă scadentă, cu excepţia Contractului suplimentar de investiţii Z000, corespunzătoare asigurării de bază și oricărui contract suplimentar atașat acesteia, imediat după ce Societatea primește dovada scrisă că Titularul persoană fizică este în invaliditate totală și permanentă, în conformitate cu definiţiile de mai sus. Ulterior preluării plăţii primelor, plata primelor de către Asigurator poate înceta în următoarele situaţii:

- În situaţia în care la data revizuirii documentelor prin care s-a stabilit încadrarea persoanei asigurate în grad de invaliditate, se stabilește că nu se menţine gradul de invaliditate
- sau la data expirării acestui contract de asigurare.

Prevederi cu privire la notificarea cu întârziere a evenimentului către Asigurator: Exonerarea de la Plata Primelor, respectiv preluarea plăţii primelor de către Asigurator, nu poate fi efectuată retroactiv pentru o perioada mai mare de 6 luni. Astfel, Asiguratorul poate prelua plata primelor cu următoarea data scadentă, după data notificării, acoperind retroactiv cel mult 6 luni ale intervalului scurs între data stabilirii invalidităţii și data notificării evenimentului către Asigurator.

În cazul în care Titularul achită/a achitat primele de asigurare scadente la o data ulterioară stabilirii invalidităţii, iar Societatea aplică prevederile prezentului contract suplimentar și preia plata primelor, Societatea va returna respectivele prime către Titular.

2.5. În cazul în care acest contract suplimentar este atașat unui contract de asigurare cu program de investiţii, Societatea va aplica exonerarea de la plată pentru fiecare primă scadentă urmând structura fondului/ fondurilor existentă la data acceptării exonerării.

2.6. Contractul se încheie pe o durată de 1 (un) an și poate fi reînnoit automat cu acordul Societăţii la sfârșitul fiecărui an contractual, cu condiţia plăţii în avans a fiecărei primei stabilite de către Societate și specificate în poliţa de asigurare sau într-o anexă și respectării celorlalte condiţii din prezentul contract suplimentar.

2.7. Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare aferente acestui contract suplimentar, la orice aniversare sau la repunerea în vigoare a poliţei. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametri de bază care pot influenţa evoluţia actuarială a costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea reînnoirii contractului suplimentar de asigurare.

2.8. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior.

Articolul 4 - Condiții pentru limitarea plății beneficiului

4.1. Invaliditatea să nu fie rezultatul uneia din cauzele menţionate în articolul 5 de mai jos.

4.2. Invaliditatea, în completarea definiţiei de la articolul 1, trebuie:

a. să fi rezultat din vătămări corporale sau din afecţiuni survenite după intrarea în vigoare a contractului suplimentar și atât timp cât acest contract este în vigoare și

b. să fi început înainte de aniversarea contractului suplimentar următoare datei când Titularul va împlini vârsta de 60 (șaizeci) de ani.

Articolul 5 - Excluderi

5.1. Acest contract suplimentar nu acoperă următoarele vătămări corporale accidentale:

- ocazionate de război sau război civil;
- cauzate sau provocate intenţionat de către Titular;
- cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim,aerian) sau al unui accident de muncă;
- cauzate de consumul excesiv de alcool, alcoolism, orice afecţiuni cronice etanolice (de exemplu, dar fără a se limita la: ciroza hepatică etanolică);
- ocazionate de sinuciderea sau tentativa de sinucidere a Titularului;
- cauzate de intoxicaţii datorate consumului de droguri, medicamente sau alte substanţe toxice, exceptând cazul în care au fost administrate ca urmare a prescripţiei unui medic;
- cauzate de participarea Titularului la orice sport profesionist;
- cauzate de participarea Titularului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionarii curselor;
- zborul Titularului într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri plătitori, pe rute publicate programate și regulate;
- participarea Titularului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- participarea Titularului la săvârșirea unei infracţiuni;
- practica sau utilizarea de către Titular, ca pilot sau pasager, a unui avion, amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

5.2. Dacă nu se specifică altfel, Societatea nu va rambursa, indemniza și deveni răspunzătoare pentru nicio pretenţie cauzată de:

- orice condiţie preexistentă;
- orice afecţiune, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficitar Uman) și/sau orice boală legată de HIV inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienţei Dobândite) și/sau orice mutaţie derivativă sau variaţii ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;
- tratament de orice natura, efectuat sau administrat pentru tratarea unei afecţiuni mentale sau nervoase, indiferent de clasificarea acesteia, condiţie psihiatrică, sau tulburare psihică (de exemplu, dar fără a se limita la: depresie /tulburare depresivă).

5.3. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 6 - Notificarea evenimentului asigurat

6.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile Societatea își rezervă dreptul de a reduce valoarea indemnizaţiei sau respinge solicitarea de despăgubire dacă întârzierea influenţează procesul de evaluare a solicitării de despăgubire.

6.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării sau, după caz, de către Beneficiarul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Beneficiarilor acestui contract suplimentar. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Beneficiarilor asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

6.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) numărul poliţei de asigurare;

b) descrierea detaliată a accidentului și numele eventualilor martori;

c) orice rapoarte ale organelor de poliţie cu privire la accident;

d) raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea vătămărilor și să precizeze diagnosticul precis;

e) orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

6.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Titularul se va prezenta la un control medical pentru stabilirea invalidităţii, costurile aferente fiind suportate de Societate. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Titularului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate. Exonerarea de la plata primelor, în conformitate cu acest contract suplimentar, va fi condiţionată de examenul medical, în cazul în care un astfel de drept este exercitat de Societate.

6.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat.

6.6. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare în condiţiile prevăzute la articolul de mai jos “Încetarea contractului suplimentar”.

6.7. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, petrecut în perioada de graţie, partea scadentă și neplătită din prima de asigurare va trebui achitată de Titular.

6.8. În cazul invalidităţii, notificarea scrisă a producerii evenimentului asigurat va fi transmisă către Societate astfel:

a. în timpul vieţii Titularului și

b. în perioada de invaliditate și

c. în termen de un an de la data scadentă a primei prime datorate, în cazul în care există o astfel de restanţă. Formularele de prezentare a dovezilor corespunzătoare privind invaliditatea vor fi furnizate de Societate, la cerere, iar dovezile vor fi prezentate în și conform cerinţelor din aceste formulare.

6.9. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 7 - Dovada continuității invalidității

7.1. Chiar dacă dovada invalidităţii a fost acceptată de Societate, Titularul va furniza, la intervale regulate, la cererea Societăţii, dovada continuării invalidităţii sale în modul stabilit mai sus. În cazul în care o astfel de invaliditate continuă pe o perioadă de doi ani, Societatea va solicita o astfel de dovadă nu mai mult de o dată pentru fiecare an următor.

7.2. Exonerarea de la plata primelor conform acestui contract suplimentar va continua numai dacă Societatea primește dovada că Titularul asigurării continuă să se afle în invaliditate totală și permanentă și că această invaliditate va continua fără speranţe de ameliorare, judecând după opinia consultantului medical al Societăţii. Dacă Titularul nu furnizează o astfel de dovadă sau dacă Titularul va deveni capabil să efectueze orice muncă sau să se angajeze în orice activitate sau ocupaţie în schimbul unei compensaţii sau unui profit, toate primele care devin scadente după oricare din aceste evenimente se vor plăti de către Titular în conformitate cu termenii prevăzuţi în condiţiile generale ale asigurării de bază și prezentului contract suplimentar.

Articolul 8 - Încetarea contractului suplimentar

8.1. Asigurarea conform acestui contract suplimentar va înceta în mod automat, fără intervenţia instanţelor judecătorești și fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile, în oricare din cazurile următoare:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

d) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârșitul perioadei de grație (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este ataşat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

e) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază;

f) la data expirării duratei de valabilitate a contractului suplimentar de asigurare;

8.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum și obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

Articolul 9 - Vârsta de intrare în vigoare și durata contractului suplimentar

9.1. Vârsta Titularului/ Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între 18 – 55 de ani.

9.2. Contractul suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Titularul împlinește vârsta de 60 de ani.

9.3. În situaţia în care după vârsta de 60 de ani invaliditatea conform prezentului contract suplimentar continuă şi exonerarea de la plata primelor a fost aplicată, Societatea va continua acordarea beneficiului până la data primului eveniment: maturitatea contractului sau până la împlinirea vârstei de 70 de ani a Titularului.

Articolul 10 - Schimbarea prevederilor poliței

10.1. Titularul poliţei, pe perioada continuării invalidităţii sale, nu poate face modificări carea afectează prima de plată, cum ar fi, dar fără a se limita la: modificarea frecvenţei de plată, inactivarea/ adăugarea clauzelor suplimentare, creșterea sumei asigurate etc.

10.2. În cazul în care acest contract suplimentar este ataşat unui contract de asigurare cu Program de Investiţii, pe perioada derulării invalidităţii, Titularul are dreptul de a schimba opţiunea în ceea ce privește strategia de investiţii, cu respectarea prevederilor Tabelului Elementelor Variabile, în vigoare la data procesării. Sunt posibile 3 (trei) tipuri de modificare a strategiei de investiţie, în funcţie de tipul asigurării unit-linked:

a. Transferul unităţilor de fond existente și

b. Redirecţionarea primelor viitoare și

c. Schimbarea fondului.

Articolul 11 - Indemnizațiile de asigurare

11.1. Indemnizaţiile prevăzute de poliţa de asigurare nu vor fi reduse cu primele exonerate conform acestui contract suplimentar.

11.2. Orice beneficiu investiţional sau orice valoare prevăzută în asigurarea de bază va rămâne neschimbată, ca și când primele ar fi fost plătite de către Titular.

11.3. În situaţia în care la momentul preluării primelor contractul are opţiunea de indexare activă, Societatea va continua plata primelor în variantă neindexată (ultima primă de asigurare achitată de client). Valoarea acumulată până la acel moment ca urmare a indexării va continua să fie investită până la maturitatea contractului.

Articolul 12 - Contractul suplimentar ca parte a poliței de asigurare

12.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale și speciale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

12.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. „Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare“,

b. „Răscumpărarea contractului de asigurare“.

Contract suplimentar

Acordul de protecţie a copilului (L165)

Condiţii Generale

Articolul 1 - Definirea invalidității totale și permanente:

1.1. Invaliditatea totală și permanentă (denumită în continuare “Invaliditate”) înseamnă în acest contract de asigurare invaliditatea rezultată din vătămări corporale sau afecţiuni care îl împiedică pe Titular, în mod total și permanent, să se angajeze în orice activitate sau ocupaţie și să desfășoare orice muncă în schimbul unei compensaţii sau al unui profit, invaliditate care a continuat neîntrerupt pe o perioadă de cel puţin 12 (douăsprezece) luni. Invaliditatea cu o astfel de durată va fi considerată permanentă numai în scopul determinării începerii obligaţiilor de mai jos.

1.2. Totuși, Societatea va recunoaște ca fiind o invaliditate totală și permanentă:

a. pierderea totală și irecuperabilă a vederii ambilor ochi, sau

b. pierderea totală și irecuperabilă prin amputare a:

- ambelor mâini deasupra articulaţiei sau
- ambelor picioare deasupra gleznei sau
- uneia din mâini deasupra articulaţiei și a unui picior deasupra gleznei.

Articolul 2 - Prevederi generale

2.1. Acest contract suplimentar constituie o parte integrantă a contractului de asigurare, căruia îi este anexat și este valabil numai dacă prezentul beneficiu este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă, cu condiţia plăţii primei și a valabilităţii asigurării de bază.

2.2. Acest contract este emis pentru acoperirea vieţii Titularului persoană fizică, al cărui nume apare în poliţa de asigurare, după formularea unei solicitări scrise și semnate, sau consimţite prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, conform opţiunii Titularului, exprimată la momentul cererii pentru asigurarea de bază sau la o dată ulterioară într-o formă acceptată de Societate. Această clauză nu este aplicabilă Titularului persoană juridică.

2.3. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime suplimentare. Valoarea acestei prime este menţionată în poliţa de asigurare sau într-o anexă. Prima de asigurare pentru acest contract suplimentar se va calcula raportat la prima totală a contractului.

2.4. Societatea va prelua plata primelor pentru fiecare primă scadentă corespunzătoare asigurării de bază și oricărui contract suplimentar atașat acesteia, cu excepţia Contractului suplimentar de investiţii Z000, astfel:

a) În cazul decesului Titularului persoană fizică, începând cu prima de asigurare a cărei dată scadentă urmează datei decesului acestuia și până la expirarea prezentului contract suplimentar sau

b) În cazul în care Titularul persoană fizică suferă o invaliditate totală și permanent conform definiţiei prevăzută la ART.1 din prezentul document, Asiguratorul preia plata primelor începând cu următoarea dată scadentă, după stabilirea invalidităţii prin documentaţia specifică eliberată de instituţiile abilitate.

Ulterior preluării plăţii primelor, plata primelor de către Asigurator poate înceta în următoarele situaţii:

- În situaţia în care la data revizuirii documentelor prin care s-a stabilit încadrarea persoanei asigurate în grad de invaliditate, se stabilește că nu se menţine gradul de invaliditate
- sau la data expirării acestui contract de asigurare.

Prevederi cu privire la notificarea cu întârziere a evenimentului către Asigurator: Exonerarea de la Plata Primelor, respectiv preluarea plăţii primelor de către Asigurator, nu poate fi efectuata retroactiv pentru o perioada mai mare de 6 luni. Astfel, Asiguratorul poate prelua plata primelor cu următoarea dată scadentă, după data notificării, acoperind retroactiv cel mult 6 luni ale intervalului scurs între data stabilirii invalidităţii și data notificării evenimentului către Asigurator.

În cazul în care Titularul achită/a achitat primele de asigurare scadente la o data ulterioara stabilirii invalidităţii, iar Societatea aplică prevederile prezentului contract suplimentar și preia plata primelor, Societatea va returna respectivele prime către Titular.

2.5. În cazul în care acest contract suplimentar este atașat unui contract de asigurare cu program de investiţii, Societatea va aplica exonerarea de la plată pentru fiecare primă scadentă urmând structura fondului/ fondurilor existentă la data acceptării exonerării.

2.6. Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare aferente acestui contract suplimentar, la orice aniversare sau la repunerea în vigoare a poliţei. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametri de bază care pot influenţa evoluţia actuarială a costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea reînnoirii contractului suplimentar de asigurare.

2.7. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior.

Articolul 4 - Condiții pentru limitarea plății beneficiului

4.1. Invaliditatea să nu fie rezultatul uneia din cauzele menţionate în articolul 5 de mai jos.

4.2. Invaliditatea, în completarea definiţiei de la articolul 1, trebuie:

a. să fi rezultat din vătămări corporale sau din afecţiuni survenite după intrarea în vigoare a contractului suplimentar și atât timp cât acest contract este în vigoare și

b. să fi început înainte de aniversarea contractului suplimentar următoare celei de-a 65-a aniversări a Titularului poliţei;

c. să fi început înainte de aniversarea poliţei de bază ce urmează celei de-a 21-a aniversări a Asiguratului.

Articolul 5 - Excluderi

5.1. Excluderi pentru asigurarea de invaliditate

Acest contract de asigurare nu va oferi nicio despăgubire dacă evenimentul asigurat este cauzat direct sau indirect de accidente, respectiv îmbolnăviri:

a. ocazionate de război, război civil;

b. cauzate sau provocate intenţionat de către Titular;

c. cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;

d. cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim,aerian) sau al unui accident de muncă;

e. sinuciderea sau consecinţele tentativei de sinucidere a Titularului, indiferent de starea mintală;

f. cauzate sau provocate intenţionat de către Beneficiar, în cazul în care beneficiul îi revine Beneficiarului;

g. cauzate de participarea Titularului la orice sport profesionist;

h. participarea Titularului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;

i. zborul Titularului ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri, pe rute programate, regulate și publicate;

j. participarea Titularului la misiuni şi antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;

k. participarea Titularului la săvârșirea unei infracţiuni;

l. utilizarea de către Titular, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, paraşută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager;

m. administrarea de către Titular a oricărui tip de tratament, in scopul tratării unei afecţiuni mintale sau nervoase, indiferent de clasificarea acesteia, condiţie psihiatrică, sau tulburare psihică (de exemplu, dar fără a se limita la: depresie /tulburare depresivă);

n. orice accident produs înainte de data începerii asigurării.

5.2. Excluderi pentru asigurarea de deces

Nu se va aplica exonerarea de la plata primelor pentru deces, în cazul în care:

a. decesul a fost rezultatul unei sinucideri, indiferent de condiţia mentală a Titularului poliţei, în primii doi ani de la data intrării în vigoare a prezentului contract suplimentar. În acest caz Titularul poliţei poate fi modificat cu acordul Societăţii, iar în caz contrar contractul de asigurare încetează. În cazul în care sinuciderea survine după perioada celor doi ani de la data intrării în vigoare sau de la data repunerii în vigoare a prezentului contract suplimentar, toate beneficiile aferente acestui contract suplimentar se vor aplica.

b. decesul a fost rezultatul unei sinucideri după doi ani de la data intrării în vigoare a asigurării, indiferent de condiţia mentală a Titularului poliţei, vor fi acordate beneficiile stabilite la intrarea în asigurare, respectiv beneficiul contractului de bază iniţial (la suma asigurată la data intrării în asigurare) și beneficiile aferente oricărui contract suplimentar atașat la intrarea în asigurare, și nu vor fi plătite beneficii aferente modificărilor solicitate de Titularul poliţei de asigurare pe perioada celor doi ani după intrarea în asigurare și până la data sinuciderii, respectiv beneficiile rezultate din adăugarea de orice contract suplimentar și/sau o mărire a sumei asigurate pentru beneficiul de bază.

5.3. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 6 - Notificarea evenimentului asigurat

6.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile Societatea își rezervă dreptul de a reduce valoarea indemnizaţiei sau respinge solicitarea de despăgubire dacă întârzierea influenţează procesul de evaluare a solicitării de despăgubire.

6.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării sau, după caz, de către Beneficiarul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Beneficiarilor acestui contract suplimentar. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Beneficiarilor asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

6.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) numărul poliţei de asigurare;

b) descrierea detaliată a evenimentului și numele eventualilor martori;

c) orice rapoarte ale organelor de poliţie cu privire la accident;

d) raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea vătămărilor/ îmbolnăvirilor și să precizeze diagnosticul precis;

e) copie legalizată a certificatului de deces;

f) documente legale care să stabilească identitatea Beneficiarilor;

g) orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

6.4. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat.

6.5. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare în condiţiile prevăzute la articolul de mai jos “Încetarea contractului suplimentar”.

6.6. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, petrecut în perioada de graţie, partea scadentă și neplătită din prima de asigurare va trebui achitată de Titular.

6.7. În cazul invalidităţii, notificarea scrisă a producerii evenimentului asigurat va fi transmisă către Societate astfel:

a. în timpul vieţii Titularului și

b. în perioada de invaliditate și

c. în termen de un an de la data scadenta a primei prime datorate, în cazul în care există o astfel de restanţă. Formularele de prezentare a dovezilor corespunzătoare privind invaliditatea vor fi furnizate de Societate, la cerere, iar dovezile vor fi prezentate în și conform cerinţelor din aceste formulare.

6.8. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 7 - Dreptul societății în cazul invalidității/ decesului Titularului

7.1. În cazul în care Societatea va considera necesar, Titularul se va prezenta la un control medical pentru stabilirea invalidităţii, costurile aferente fiind suportate de Societate. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Titularului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate. Exonerarea de la plata primelor, în conformitate cu acest contract suplimentar, va fi condiţionată de examenul medical, în cazul în care un astfel de drept este exercitat de Societate.

7.2. În cazul decesului Titularului asigurării, Societatea are dreptul, pe propria cheltuială, să solicite o examinare post-mortem a decedatului. Beneficiarul sau reprezentanţii legali ai acestuia sunt obligaţi să prezinte dovada decesului, care poate fi certificatul de deces (copie legalizată) sau dovada decesului prezumtiv (copie legalizată), în caz de dispariţie.

Articolul 8 - Dovada continuității invalidității

8.1. Chiar dacă dovada invalidităţii a fost acceptată de Societate, Titularul asigurării va furniza, la intervale regulate, la cererea Societăţii, dovada continuării invalidităţii sale în modul stabilit mai sus. În cazul în care o astfel de invaliditate continuă pe o perioadă de doi ani, Societatea va solicita o astfel de dovadă nu mai mult de o dată pentru fiecare an următor.

8.2. Exonerarea de la plata primelor conform acestui contract suplimentar va continua numai dacă Societatea primește dovada că Titularul continuă să se afle în invaliditate totală și permanentă și că această invaliditate va continua fără speranţe de ameliorare, judecând după opinia consultantului medical al Societăţii.

Dacă Titularul nu furnizează o astfel de dovadă sau dacă Titularul va deveni capabil să efectueze orice muncă sau să se angajeze în orice activitate sau ocupaţie în schimbul unei compensaţii sau unui profit, toate primele care devin scadente după oricare din aceste evenimente se vor plăti de către Titular în conformitate cu termenii prevăzuţi în condiţiile generale ale asigurării de bază și prezentului contract suplimentar.

Articolul 9 - Încetarea contractului suplimentar

9.1. Asigurarea conform acestui contract suplimentar va înceta în mod automat, fără intervenţia instanţelor judecătorești și fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile, în oricare din cazurile următoare:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea

de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

d) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârșitul perioadei de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de bază). Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este atașat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

e) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază;

f) la data expirării duratei de valabilitate a contractului suplimentar de asigurare.

g) la aniversarea contractului suplimentar, după ce Asiguratul a împlinit 21 ani, chiar dacă poliţa de bază continuă să fie în vigoare.

9.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum și obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

Articolul 10 - Vârsta de intrare în vigoare și durata contractului suplimentar

10.1. Vârsta Titularului la data încheierii/ repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între 18 - 55 ani.

10.2. Vârsta Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între 0 - 17 ani.

10.3. Contractul suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Titularul împlinește vârsta de 60 de ani.

10.4. În situaţia în care după vârsta de 60 de ani invaliditatea conform prezentului contract suplimentar continuă și exonerarea de la plata primelor a fost aplicată, Societatea va continua acordarea beneficiului până la maturitatea data primului eveniment: contractului sau până la împlinirea vârstei de 70 de ani a Titularului.

Articolul 11 - Schimbarea prevederilor poliței

11.1. Titularul poliţei, pe perioada continuării invalidităţii sale, nu poate face modificări carea afectează prima de plată, cum ar fi, dar fără a se limita la: modificarea frecvenţei de plată, inactivarea/ adăugarea clauzelor suplimentare, creșterea sumei asigurate etc.

11.2. În cazul în care acest contract suplimentar este atașat unui contract de asigurare cu Program de Investiţii, pe perioada derulării invalidităţii, Titularul are dreptul de a schimba opţiunea în ceea ce privește strategia de investiţii, cu respectarea prevederilor Tabelului Elementelor Variabile, în vigoare la data procesării. Sunt posibile 3 (trei) tipuri de modificare a strategiei de investiţie, în funcţie de tipul asigurării unit-linked:

a. Transferul unităţilor de fond existente și

b. Redirecţionarea primelor viitoare și

c. Schimbarea fondului.

Articolul 12 - Indemnizațiile de asigurare

12.1. Indemnizaţiile prevăzute de poliţa de asigurare nu vor fi reduse cu primele exonerate conform acestui contract suplimentar.

12.2. Orice beneficiu de dobândă excedentară sau orice valoare prevăzută în asigurarea de bază va rămâne neschimbată, ca și când primele ar fi fost plătite de către Titular.

12.3. În situaţia în care la momentul preluării primelor contractul are opţiunea de indexare activă, Societatea va continua plata primelor în variantă neindexată (ultima primă de asigurare achitată de client). Valoarea acumulată până la acel moment ca urmare a indexării va continua să fie investită până la maturitatea contractului.

Articolul 13 - Contractul suplimentar ca parte a poliței de asigurare

13.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale și speciale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

13.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextual acestui contract suplimentar:

a. „Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare“,

b. „Răscumpărarea contractului de asigurare“,

Contract suplimentar

Beneficii chirurgicale în caz de accident (A500)

Definiții

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente şi exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului şi care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului şi se datorează acţiunii bruşte asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Asigurat: este persoana în favoarea căreia se încheie asigurarea, al cărei nume este specificat în poliţa de asigurare sau într-o anexă şi a cărei stare de sănătate face obiectul prezentului contract suplimentar de asigurare.

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată şi diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări. Condiţia preexistentă se aplică conform prezentelor condiţii contractuale în primii 10 ani de la data intrării în vigoare/repunerii şi timp de 10 ani de la creşterea sumei asigurate pentru surplusul de sumă.

Co-Asigurat: soţul/soţia/copii/ părinţii Asiguratului major sau părinţii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexă la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca şi co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include şi noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Excluderi: situaţii în care Asigurătorul nu datorează indemnizaţia de asigurare, deşi s-a produs riscul asigurat.

Indemnizaţia de asigurare sau despăgubirea: suma care va fi plătită de Asigurător în urma producerii evenimentului asigurat. Indemnizaţia de asigurare se va calcula în funcţie de sumele asigurate pentru beneficiile prevăzute în poliţa de asigurare.

Intervenţie chirurgicală: orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra Asiguratului într- un spital de către un medic chirurg şi considerată necesară de către un medic specialist pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat. Procedura/tehnica efectuată în scop terapeutic/ curativ trebuie să implice o incizie şi să fie efectuată sub o anestezie locală sau generală de către un chirurg cu drept de liberă practică, în prezenţa unui medic anestezist.

Medic: persoana care profesează medicina pe baza unor studii superioare de specialitate şi care deţine drept de liberă practică şi este membru al Colegiului Medicilor sau o autoritate similară acestuia.

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Spital: unitate sanitară publică sau privată cu paturi, care îndeplinește cumulat următoarele condiţii:

(1) deţine o licenţă de funcţionare ca spital oferită de Ministerul Sănătăţii;

(2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămate, în calitate de pacienţi spitalizaţi;

(3) furnizează servicii de asistenţă medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;

(4) dispune de un personal cuprinzând cel puţin un medic disponibil permanent;

(5) dispune de facilităţi organizate pentru diagnosticare și operaţii chirurgicale majore;

(6) nu este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescenţă sau altă unitate sanitară similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenţi de droguri;

(7) dispune de echipament pentru raze X și de facilităţile aferente de funcţionare.

Spitalizare: internarea unei persoane într-un spital ca pacient rezident timp de cel puţin 24 de ore, cu serviciu complet de masă si cazare. Spitalizarea în sensul prezentului contract nu se referă la spitalizarea care are ca scop recuperarea.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un accident, cu condiţia ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a contractului.

Articolul 1 - Prevederi generale

1.1. Acest contract suplimentar este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului și constituie o parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat și este valabil numai dacă numele său este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.2. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime de asigurare a prezentului contract suplimentar, transmiterea unei solicitări în formatul stabilit de Societate și a oricăror alte documente pe care Compania le consideră a fi necesare, precum și acceptul Companiei pentru încheierea prezentului contract.

1.3. În afara Asiguratului principal, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/ soţiei/ copiilor și părinţilor Asiguratului major și părinţilor/ fraţilor/ surorilor Asiguratului minor, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, Sumele Asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.4. Pe durata contractului suplimentar de asigurare, prima de asigurare va suferi modificări în următoarele situaţii:

a) În funcţie de vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei, așa cum este prezentat în tabelul din exemplul de mai jos privind evoluţia primei de asigurare în funcţie de vârsta Asiguratului, pentru un beneficiu chirurgical de 1.000 Lei. Noua primă de asigurare aferentă Sumei Asigurate, asa cum este ea menţionată în poliţa de asigurare, se va calcula proporţional, folosind formula: Suma Asigurată * Prima de Asigurare pentru un Beneficiu chirurgical de 1.000 Lei (corespunzătoare noului interval de vârstă) / 1.000 Lei.

Tabel - Evoluţia primei pentru Beneficiul Chirurgical din accident

Vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei	Prima de Asigurare pentru o Suma Asigurată de 1.000 Lei
0-59	29,91 Lei
60-70	47,93 Lei

b) Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare menţionate în exemplul anterior, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Pe parcursul primilor 5 ani de asigurare, primele mai sus menţionate sunt garantate de către Societate. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de

vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă a contractului suplimentar de asigurare.

1.5. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar:

Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior. Prima de asigurare aferentă prezentului contract suplimentar se va adăuga la prima totală a contractului, care se plătește integral de către Titular, la fiecare dată scadentă, conform frecvenţei de plată specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă emisă ulterior.

Articolul 3 - Durata de valabilitate a contractului suplimentar:

3.1. Vârsta Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între:

- 0 - 17 ani pentru Asiguratul copil
- 18 - 64 ani pentru Asigurat adult.

3.2. Valabilitatea contractului suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 70 (șaptezeci) de ani sau la data maturităţii asigurării de bază în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

Articolul 4 - Încetarea contractului suplimentar

4.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta, fără intervenţia instanţelor judecătorești, în următoarele cazuri:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârșitul perioadei de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de bază). Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este atașat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

d) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază;

e) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

f) prin reziliere în cazurile prevăzute în prezentul contract suplimentar;

g) de drept la data decesului Asiguratului;

h) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 70 (şaptezeci) ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă să fie în vigoare.

4.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum şi obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

Articolul 5 - Beneficii

5.1. Beneficiu chirurgical în caz de accident

În cazul în care, ca rezultat al unei vătămări corporale, Asiguratul va fi internat într-un Spital ca pacient şi va fi supus unei proceduri chirurgicale necesare, prestată de un medic, Societatea va plăti o indemnizaţie pentru intervenţia chirurgicală efectuată, limitată la procentul specificat în Tabelul de plăţi pentru intervenţii chirurgicale, din contractul suplimentar. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăşi 100% per eveniment şi pe an de asigurare. Dacă se efectuează mai multe proceduri chirurgicale în aceeaşi şedinţă operatorie, indemnizaţia va fi limitată la cel mai ridicat Procent din Tabelul de plăţi pentru intervenţii chirurgicale aplicabil acestor proceduri. Pentru orice procedură nespecificată în acest Tabel, Societatea va indemniza prin analogie cu o procedură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Societăţii, cu excepţia cazului când acea operaţie este exclusă în mod explicit în poliţa de asigurare sau printr-o clauză a contractului suplimentar.

5.2. Bonus pentru zero despăgubiri

La fiecare 5 ani consecutivi de la emiterea prezentului contract suplimentar, pe parcursul cărora Titularul/Asiguratul nu a solicitat şi/sau Societatea nu a plătit niciun beneficiu chirurgical în caz de accident în baza acestui contract, Societatea va returna 30% din totalul primelor plătite în ultimii 5 ani pentru prezentul contract suplimentar de asigurare. Acest beneficiu va fi acordat de către Societate atâta timp cât contractul suplimentar de asigurare rămâne în vigoare.

Exemplu: Dacă, în cel de-al doilea an de asigurare, Asiguratul suferă o intervenţie chirurgicală ca urmare a unui accident, niciun „bonus pentru 0 despăgubiri" nu va fi plătit pe parcursul primilor 5 ani de asigurare. Cu toate acestea, dacă niciun eveniment asigurabil nu are loc în perioada dintre cea de-a 5-a aniversare şi cea de-a 10-a aniversare, la cea de-a 10 aniversare Asiguratul va primi un bonus calculat ca 30% din totalul primelor plătite pe perioada ultimilor 5 ani.

5.2.1. În cazul în care prezentul contract suplimentar de asigurare este ataşat unei asigurări de tip Unit Linked, acest bonus va fi automat alocat în contul suplimentar de investiţie, ataşat respectivei asigurări.

5.2.2. În cazul în care prezentul contract suplimentar de asigurare nu este ataşat unei asigurări de tip Unit Linked, acest bonus va fi automat plătit Asiguratului în contul bancar al acestuia, conform articolului „Notificarea evenimentului asigurat şi plata beneficiilor".

5.3. Beneficiu suplimentar pentru chirurgie

5.3.1. În cazul în care la data producerii evenimentului asigurat, clauza suplimentară de spitalizare (începând cu ediţia August 2023) este în vigoare, Suma Asigurată pentru intervenţia chirurgicală se majorează cu un bonus de 10%.

Articolul 6 - Excluderi

6.1. Dacă nu se specifică altfel, acest contract suplimentar nu se va aplica următoarelor vătămări corporale accidentale:

a. orice condiţie preexistentă;

b. ocazionate de război sau război civil;

c. cauzate sau provocate intenţionat de către Asigurat;

d. cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;

e. cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim, aerian) sau accident de muncă;

f. cauzate de tentativa de sinucidere a Asiguratului;

g. cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepţia copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;

h. cauzate de participarea Asiguratului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;

i. zborul Asiguratului, ca pasager plătind zborul, într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri plătitori, pe rute programate, regulate și publicate;

j. participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;

k. cauzate de participarea Asiguratului la săvârșirea unei infracţiuni;

l. cauzate de practicarea sau utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager;

m. orice afecţiune, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficitar Uman) și /sau orice boală legată de HIV inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienţei Dobândite) și/ sau orice mutaţie derivative sau variaţii ale celor de mai sus, cauzate în orice mod, direct sau indirect;

n. orice eveniment survenit accidental pe fondul unei afecţiuni mintale sau a unei tulburări psihice a persoanei asigurate, indiferent de clasificarea acesteia, condiţie psihiatrică (de exemplu, dar fără se limita la: tulburare depresivă /depresie);

o. orice tratament necesar unei afecţiuni survenite în urma unui accident ce presupune o internare într-o instituţie de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenţă, centre de dezintoxicare, centre de sănătate, etc.), Secţie Clinică de Recuperare sau Centru de recuperare din cadrul unui Spital, Institutul Naţional de Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie, centre cu consult extern sau centru de reabilitare/ recuperare;

p. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepţia celor necesare unei danturi, natural sănătoase, dar lezate de o vătămare corporală;

r. chirurgie plastică/cosmetică, cu excepţia celei necesare din cauza unei vătămări corporale.

6.2. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 7 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

7.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract suplimentar de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile Societatea își rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat.

7.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Titularului asigurării. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Titularului asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

7.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) Formularul de solicitare a indemnizaţiei „Cerere de despăgubire în caz de accident sau de îmbolnăvire;

b) Formularul „Declaraţia medicului în caz de accident sau îmbolnăvire”, semnat și parafat de către medic;

c) Copii ale documentelor medicale privind intervenţia chirurgicală: rezultatele analizelor medicale, bilet(e) de ieșire din spital, alte documente relevante privind evenimentul suferit (originalul după care se face copia trebuie să fie parafat de instituţia medicală emitentă și semnat de către medicul curant și să includă antetul instituţiei emitente);

d) Copia raportului politiei cu circumstantele producerii evenimentului;

e) Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită să primească suma cuvenita din despăgubire;

7.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru orice tip de examinare medicală, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate.

7.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Societatea va efectua plata indemnizaţiilor de asigurare în termen de 30 zile calendaristice de la data la care documentaţia solicitată este completă. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

7.6. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare, în condiţiile prevăzute la articolul “Încetarea asigurării”.

7.7. Plata tuturor indemnizaţiilor și a beneficiilor plătibile în baza acestui contract suplimentar de asigurare se va efectua de Societate, conform indicaţiilor Asiguratului sau Beneficiarului direct în contul acestuia (aflat în România sau în străinătate).

7.8. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, ce a avut loc în perioada de graţie, prima scadentă va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu prezentul contract de asigurare.

7.9. În caz de deces al Asiguratului, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit Asiguratului, conform prevederilor prezentului contract suplimentar, va fi plătit conform condiţiilor generale ale asigurării de bază. În cazul decesului Asiguratului, vor trebui furnizate documente doveditoare în conformitate cu prevederile condiţiilor generale ale asigurării de bază.

7.10. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 8 - Modificarea sumei asigurate

8.1. Suma asigurată prevăzută în prezentul contract suplimentar de asigurare poate fi modificată în urma unei solicitări scrise a Titularului, înregistrată de către Societate cu treizeci (30) de zile înaintea de aniversare/ de a contractului și numai cu aprobarea acestei modificări de Societate.

8.2. În cazul majorării sumei asigurate, Societatea își rezervă dreptul de a solicita dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii și al condiţiilor de asigurare, fiind necesar ca Titularul să plătească noua primă de asigurare majorată.

8.3. Nicio modificare a sumei asigurate aferente contractului de asigurare nu este valabilă decât dacă a fost făcută în scris. Orice document ce confirmă o astfel de modificare va fi atașat poliţei.

Articolul 9 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare de bază

9.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

9.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. „Sinuciderea”

b. „Schimbarea planului de asigurare”

c. „Opţiuni în eventualitatea întreruperii plăţii primelor”, paragraful “Asigurarea cu Sumă Asigurată Redusă”

d. „Răscumpărarea contractului de asigurare”

e. „Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”

f. “Opţiuni de plată a beneficiilor”.

Tabel de plăţi

Plăți pentru intervenții chirurgicale

(procent din Suma Asigurată)

Descrierea procedurii chirurgicale	Procentajul Maxim %
ABDOMEN	
Laparatomie în scop de diagnostic, tratament sau extirparea unuia sau mai multor organe	50
Rezecţia intestinală	70
Rezecţia gastrică	70
Dacă nu este altfel specificat în continuare, două sau mai multe proceduri chirurgicale efectuate prin aceeași incizie abdominală vor fi considerate o singură intervenţie chirurgicală	
ABCES	
Incizia unuia sau mai multor abcese superficiale sau furuncule	5
Tratamentul unuia sau mai multor carbuncule sau abcese care necesită spitalizarea	10
AMPUTARE	
Degete de la mână sau picior, fiecare dintre ele	10
Mână, antebraţ sau picior până la nivelul gleznei	20
Picior, braţ sau coapsă	40
Coapsa până la nivelul articulaţiei șoldului	70
SÂNI	
Amputarea unuia sau ambilor sâni, cu rezecţie radicală până în axilă	70
Amputarea simplă a unuia sau a ambilor sâni	40
TORACE	
Toracoplastie completa (toracotomie)	100
Lobectomie sau pneumectomie	70
Toracectomie în scop de diagnostic sau pentru tratamentul organelor interne, cu excepţia extragerii lichidului	30
Extragerea puroiului, cu excepţia extragerii lichidului	10
Pneumotorax artificial	10
URECHE	
Intervenţie chirurgicală asupra timpanului	5
Mastoidectomie radicală, unilateral	50
Mastoidectomie radicală, bilateral	60
Miringotomie uni sau bilaterală	100
ESOFAG	
Endoscopie	10

OCHI	
Dezlipire de retină -fuzionare multiplă	100
Enucleere	30
FRACTURI	
Tratament:	
Claviculă, omoplat sau antebraţ, un singur os	15
Tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10
Femur	40
Humerus	25
Degete de la mână sau picior, fiecare din acestea sau o coastă	5
Antebraţ - ambele oase, rotulă sau pelvis, fără să necesite tracţiune	20
Gambă - ambele oase	30
Mandibulă	20
Carpiene, metacarpiene, piramidă nazală, coaste	
- două sau mai multe, sau stern	10
Pelvis, fără să necesite tracţiune	30
Procese transversale vertebrale, fiecare dintre acestea	5
Vertebre, fractură prin compresie, una sau mai multe	40
Articulaţia pumnului	10
Fractură deschisă - cominutivă Pentru o fractură ce necesită intervenţie chirurgicală deschisă, inclusiv transplant de os sau sutura oaselor, se dublează procentele de mai sus, cu condiţia indemnizaţia maximă să nu depașească	100
APARATUL URO - GENITAL	
Nefrectomie	70
Fixarea rinichiului	70
Intervenţie chirurgicală intra -uretrală	15
Hernie: ombilicală, inghinală și femurală	20
HERNIE	
Intervenţie chirurgicală deschisă sau laparoscopică:	
• hernie unilaterală	20
• hernie bilaterală	20
ARTICULAȚII ȘI LUXAȚII	
Incizie articulară pentru tratamentul unei boli sau tulburări funcţionale, cu excepţiile menţionate în continuare și cu excepţia extragerii lichidului	15
Alte cazuri decât cele menţionate mai sus, incizie la umăr, cot, șold sau articulaţia genunchiului, cu excepţia extragerii lichidului	40
Excizia, fixarea prin operaţie, dezarticularea sau artroplastia	
• umăr, șold sau coloana vertebrală	75
• genunchi, cot, încheietura mâinii sau gleznă	30

Luxaţie la:	
• degetele de la mână sau picior, fiecare dintre acestea	5
• umăr sau cot, încheietura mâinii sau gleznă	15
• mandibulă	5
• şold sau genunchi, cu excepţia rotulei	20
• rotulă	5
Pentru o luxaţie ce necesită intervenţie chirurgicală deschisă, procentajul se dublează, cu condiţia ca indemnizaţia maximă să nu depăşească	100
NAS	
Rezecţie submucoasă	25
Turbinectomie	10
PARACENTEZĂ	
Extragere de lichid din:	
• abdomen	10
• torace sau vezică, exceptând cateterizarea	5
• timpan, hidrocel, articulaţii sau coloana vertebrală	5
RECT	
Alte operaţii cu incizie în zona rectală	20
CRANIU	
Incizia calotei craniene, exceptând trepanarea şi extragerea de lichid	100
Îndepărtare de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30
GÂT	
Laringoscopie în scop de diagnostic	5

Contract suplimentar

Beneficii chirurgicale în caz de accident sau îmbolnăvire (A501)

Definiţii:

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acţiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări. Condiţia preexistentă se aplică conform prezentelor condiţii contractuale în primii 10 ani de la data intrării în vigoare/repunerii și timp de 10 ani de la creșterea sumei asigurate pentru surplusul de sumă.

Co - Asigurat: soţul/soţia/copii/ părinţii Asiguratului major sau părinţii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexă la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include și noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Indemnizaţia de asigurare sau despăgubirea: suma care va fi plătită de Asigurător în urma producerii evenimentului asigurat. Indemnizaţia de asigurare se va calcula în funcţie de sumele asigurate pentru beneficiile prevăzute în poliţa de asigurare.

Intervenţie chirurgicală: orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra Asiguratului într- un spital de către un medic chirurg și considerată necesară de către un medic specialist pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat. Procedura/tehnica efectuată în scop terapeutic/ curativ trebuie să implice o incizie și să fie efectuată sub o anestezie locală sau generală de către un chirurg cu drept de liberă practică, în prezenţa unui medic anestezist.

Îmbolnăvire: modificarea organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare/ data repunerii în vigoare a acestui contract suplimentar de asigurare.

Medic: persoană care profesează medicina, pe baza unor studii superioare de specialitate și care deţine drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor.

Perioada de așteptare: se referă la perioada cuprinsă între data intrării în vigoare sau a repunerii în vigoare a contractului, respectiv data majorării sumei asigurate, și data de la care se oferă protecţie prin asigurare pentru evenimente care au ca și cauză o îmbolnăvire. Astfel, nu se va despăgubi niciun eveniment asigurat apărut în perioada de așteptare, dacă acesta a fost cauzat de o îmbolnăvire. După trecerea perioadei de așteptare, riscurile din îmbolnăvire vor fi acoperite în conformitate cu Termenii și Condiţiile de asigurare.

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Spital: o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, care îndeplinește cumulat următoarele condiţii:

(1) deţine o licenţă de funcţionare ca spital, oferită de Ministerul Sănătăţii;

(2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămate, în calitate de pacienţi spitalizaţi;

(3) furnizează servicii de asistenţă medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;

(4) dispune de un personal cuprinzând cel puţin un medic disponibil permanent;

(5) dispune de facilităţi organizate pentru diagnosticare și operaţii chirurgicale majore;

(6) nu este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescenţă sau altă unitate sanitară similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenţi de droguri;

(7) dispune de echipament pentru raze X și de facilităţile aferente de funcţionare.

Spitalizare: internarea unei persoane într-un spital ca pacient rezident timp de cel puţin 24 de ore, cu serviciu complet de masă si cazare. Spitalizarea în sensul prezentului contract nu se referă la spitalizarea care are ca scop recuperarea.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident, cu condiţia ca această vătămare corporală să fi avut loc în perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar.

Articolul 1 - Prevederi generale

1.1. Acest contract suplimentar constituie parte integrantă a contractului de asigurare, căruia îi este anexat și este valabil numai dacă prezentul beneficiu este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă, cu condiţia plăţii primei și a valabilităţii asigurării de bază.

1.2. Acest contract este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului, al cărui nume apare în poliţa de asigurare, conform opţiunii Titularului exprimată la momentul cererii pentru asigurarea de bază sau la o dată ulterioară într-o formă acceptată de Societate.

1.3. În afara Asiguratului principal, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/ soţiei/ copiilor și părinţilor Asiguratului major și părinţilor/ fraţilor/ surorilor Asiguratului minor, conform opţiunii Titularului, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.4. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime suplimentare. Valoarea acestei prime este menţionată în poliţa de asigurare.

1.5. Pe durata contractului suplimentar de asigurare, prima de asigurare va suferi modificări în următoarele situaţii:

a) În funcţie de vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei, așa cum este prezentat în tabelul din exemplul de mai jos privind evoluţia primei de asigurare în funcţie de vârsta Asiguratului, pentru un beneficiu chirurgical de 1.000 Lei. Noua primă de asigurare aferentă Sumei Asigurate, așa cum este ea menţionată în poliţa de asigurare, se va calcula proporţional, folosind formula: Suma Asigurată * Prima de Asigurare pentru un Beneficiu chirurgical de 1.000 Lei (corespunzătoare noului interval de vârstă) / 1.000 Lei.

TABEL – Evoluţia primei pentru Beneficiul Chirurgical din accident şi îmbolnăvire

Vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei	Prima de Asigurare pentru o Suma Asigurată de 1.000 Lei
0-9	28,77 Lei
10-22	51,57 Lei
23-54	86,73 Lei
55-70	106,68 Lei

b) Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare menţionate în exemplul anterior, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Pe parcursul primilor 5 ani de asigurare, primele mai sus menţionate sunt garantate de către Societate. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă a contractului suplimentar de asigurare.

1.6. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior.

Articolul 3 - Beneficii:

3.1. Beneficiu chirurgical în caz de accident sau îmbolnăvire

3.1.1. În cazul în care, ca rezultat al unei vătămări corporale sau al unei îmbolnăviri, Asiguratul va fi internat într-un spital ca pacient și va fi supus unei proceduri chirurgicale necesare, prestată de un medic, Societatea va plăti o indemnizaţie pentru intervenţia chirurgicală efectuată, limitată la procentul din suma asigurată, specificat în tabelul de plăţi pentru intervenţii chirurgicale din prezentul contract suplimentar, pentru intervenţia chirurgicală efectuată. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment și pe an de asigurare. Dacă se efectuează mai multe proceduri chirurgicale în aceeași ședinţă operatorie, indemnizaţia va fi limitată la cel mai mare procent aferent procedurilor efectuate. Procentul se va înmulţi cu suma asigurată aferentă acestui contract suplimentar. Pentru orice procedură nespecificată în tabelul de plăţi pentru intervenţii chirurgicale (Tabelul 3), Societatea va indemniza prin analogie cu o procedură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Societăţii, cu excepţia cazului când acea operaţie este exclusă în mod explicit printr-o anexă la contractul de asigurare sau prin prevederile prezentului contract suplimentar.

3.1.2. În condiţiile prezentului contract suplimentar, acoperirile din îmbolnăvire au o perioadă de așteptare de 6 (șase) luni de la data intrării / repunerii în vigoare a prezentului contract suplimentar, respectiv data majorării sumei asigurate.

3.2. Bonus pentru zero despăgubiri

La fiecare 5 ani consecutivi de la emiterea prezentului contract, pe parcursul cărora Titularul/Asiguratul nu a solicitat și/sau Societatea nu a plătit niciun beneficiu chirurgical în caz de accident sau îmbolnăvire în baza acestui contract, Societatea va returna 30% din totalul primelor plătite în ultimii 5 ani pentru prezentul contract suplimentar de asigurare. Acest beneficiu va fi acordat de către Societate atât timp cât contractul suplimentar de asigurare rămâne în vigoare.

Exemplu: *Dacă, în cel de-al doilea an de asigurare, Asiguratul suferă o intervenţie chirurgicală ca urmare a unui accident, niciun „bonus pentru 0 despăgubiri" nu va fi plătit pe parcursul primilor 5 ani de asigurare. Cu toate acestea, dacă niciun eveniment asigurabil nu are loc în perioada dintre cea de-a 5-a aniversare și cea de-a 10-a aniversare, la cea de-a 10 aniversare Asiguratul va primi un bonus calculat ca 30% din totalul primelor plătite pe perioada ultimilor 5 ani.*

3.2.1. În cazul în care prezentul contract suplimentar de asigurare este atașat unei asigurări de tip Unit Linked, acest bonus va fi automat alocat în contul suplimentar de investiţie, atașat respectivei asigurări.

3.2.2. În cazul în care prezentul contract suplimentar de asigurare nu este atașat unei asigurări de tip Unit Linked, acest bonus va fi automat plătit Asiguratului în contul bancar al acestuia, conform articolului „Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor".

3.3. Beneficiu suplimentar pentru chirurgie

3.3.1. În cazul în care la data producerii evenimentului asigurat, clauza suplimentară de spitalizare (începând cu ediţia August 2023) este în vigoare, Suma Asigurată pentru intervenţia chirurgicală se majorează cu un bonus de 10%.

Articolul 4 - Beneficii asociate sarcinii

4.1. Pentru beneficiile asociate sarcinii, perioada de așteptare este de 12 (douăsprezece) luni de la data intrării/ repunerii în vigoare a prezentului contract, respectiv data majorării sumei asigurate.

4.2. Beneficiile chirurgicale plătite pe perioada unei sarcini, inclusiv nașterea, nu pot fi cumulate (se va plăti o singură intervenţie chirurgicală pe perioada sarcinii și nașterii).

Articolul 5 - Excluderi

5.1. Acest contract suplimentar nu se va aplica următoarelor vătămări corporale:

- **a.** ocazionate de război, război civil;
- **b.** cauzate sau provocate intenţionat de către Asigurat;
- **c.** cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- **d.** cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim, aerian) sau accident de muncă;
- **e.** cauzate de consumul excesiv de alcool, alcoolism,orice afecţiuni cronice etanolice (de exemplu, dar fără a se limita la: ciroza hepatică etanolică);
- **f.** tentativă de sinucidere a Asiguratului, indiferent de starea mintală;
- **g.** cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepţia copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- **h.** cauzate de participarea Asiguratului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;

i. zborul Asiguratului, ca pasager într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri pe rute programate, regulate și publicate;

j. participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;

k. participarea Asiguratului la săvârșirea unei infracţiuni;

l. practicarea sau utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

5.2. Societatea nu va rambursa, indemniza sau deveni răspunzătoare pentru nicio pretenţie referitoare la:

a. orice condiţie preexistentă;

b. orice anomalie congenitală in primii 10 ani ai contractului;

c. orice afecţiune, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficitar Uman) și /sau orice boală legată de HIV inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienţei Dobândite) și / sau orice mutaţie derivativă sau variaţii ale celor de mai sus, cauzate în orice mod, direct sau indirect;

d. tratament de orice natură, efectuat sau administrat pentru tratarea unei afecţiuni mintale sau nervoase, indiferent de clasificarea acesteia, condiţie psihiatrică, sau tulburare psihică (de exemplu, dar fără a se limita la: depresie /tulburare depresivă);

e. orice tratament necesar unei afecţiuni, survenite în urma unui accident sau a unei îmbolnăviri, ce presupune o internare într-o instituţie de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenţă, centre de dezintoxicare, centre de sănătate, etc.), Secţie Clinică de Recuperare sau Centru de recuperare din cadrul unui Spital, Institutul National de Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie, centre cu consult extern sau centru de reabilitare/ recuperare;

f. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepţia celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de o vătămare corporală;

g. chirurgie plastică/ cosmetică, cu excepţia celei necesare din cauza unei vătămări corporale;

h. orice afecţiune apărută în perioada de așteptare a prezentului contract suplimentar;

i. intervenţii chirurgicale efectuate pentru investigarea și tratamentul de sterilitate, fertilizarea „in vitro”, în scopuri de inseminare artificială.

5.3. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 6 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

6.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 (treizeci) de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire, în condiţiile prezentului contract suplimentar de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 (treizeci) de zile Societatea își rezervă dreptul de a reduce valoarea indemnizaţiei sau respinge solicitarea de despăgubire dacă întârzierea influenţează procesul de evaluare a solicitării de despăgubire.

6.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării sau, după caz, de către Asigurat sau Beneficiarul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Titularului/ Asiguratului/ Beneficiarilor acestui contract suplimentar. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Titularului/ Asiguratului/ Beneficiarilor. Aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

6.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) Formularul de solicitare a indemnizaţiei „Cerere de despăgubire în caz de accident sau de îmbolnăvire;

b) Formularul „Declaraţia medicului în caz de accident sau îmbolnăvire", semnat şi parafat de către medic;

c) Copii ale documentelor medicale privind intervenţia chirurgicală: rezultatele analizelor medicale, bilet(e) de ieşire din spital, alte documente relevante privind evenimentul suferit (originalul după care se face copia trebuie să fie parafat de instituţia medicală emitentă şi semnat de către medicul curant şi să includă antetul instituţiei emitente);

d) Copia raportului poliţiei cu circumstanţele producerii evenimentului, precum si rezultatul toxicologic la momentul evenimentului;

e) Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită să primească suma cuvenită din despăgubire;

f) Orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

6.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror vătămări corporale sau îmbolnăviri, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală sau îmbolnăvire, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine şi a urma recomandările, prescripţiile şi tratamentele necesare.

6.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate şi necesare evaluării evenimentului asigurat. Plata despăgubirii va fi efectuată într-un termen de 30 zile, de la data la care solicitarea de despăgubire a fost soluţionată. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

6.6. În caz de deces al Asiguratului, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit Asiguratului, conform prevederilor prezentului contract suplimentar va fi plătit conform condiţiilor generale ale asigurării de bază. În cazul decesului Asiguratului, vor trebui furnizate documente doveditoare în conformitate cu prevederile condiţiilor generale ale asigurării de bază.

6.7. Plata tuturor indemnizaţiilor şi a beneficiilor plătibile în baza acestui contract suplimentar de asigurare se va efectua de Societate conform indicaţiilor Beneficiarului/ Asiguratului/ Titularului asigurării direct în contul acestuia.

6.8. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, petrecut în perioada de graţie, prima scadentă şi neplătită din prima de asigurare va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu prezentul contract de asigurare.

6.9. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare şi să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 7 - Încetarea contractului suplimentar

7.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta, fără intervenţia instanţelor judecătoreşti, în următoarele cazuri:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi şi cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare şi semnătura Titularului asigurării şi transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) prin reziliere în cazurile prevăzute în prezentul contract suplimentar;

d) de drept la data decesului Asiguratului.

7.2. În plus, asigurarea conform acestui contract suplimentar va înceta în mod automat, fără intervenţia instanţelor judecătorești și fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile, în oricare din cazurile următoare:

a) oricare primă pentru asigurarea de bază sau pentru acest contract suplimentar nu este plătită la scadenţă sau în perioada de graţie. Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este ataşat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare, căreia i se aplică articolul “Opţiuni în eventualitatea întreruperii plăţii primelor”.

b) asigurarea de bază este răscumpărată sau convertită în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază, sau încetează în alt mod;

c) asigurarea de bază ajunge la maturitate;

d) Asiguratul devine membru al unei forţe militare, navale sau aeriene a unei ţări aflate în război, declarat sau nedeclarat;

e) Asiguratul devine membru al unei unităţi auxiliare sau civile necombatante în serviciul forţelor militare, navale sau aeriene, ale unei ţări aflate în război, declarat sau nedeclarat;

f) la data expirării duratei de valabilitate a contractului suplimentar de asigurare

g) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 70 (șaptezeci) de ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă sa fie în vigoare;

h) soţul/soţia co-Asigurat(ă) încetează să fie căsătorit(ă) cu Asiguratul.

7.3. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum și obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta, cu excepţia returnării eventualei părţi nedatorate a primelor suplimentare plătite și scadente pentru perioada în care încetarea devine efectivă, împreună cu eventualele prime suplimentare plătite dar scadente pentru o perioadă ulterioară încetării. Plata sau acceptarea ulterioară a oricărei prime conform acestui contract nu va crea nicio obligaţie pentru Societate, cu excepţia celei de returnare a acestei prime.

Articolul 8 - Durata de valabilitate a contractului suplimentar

8.1. Vârsta Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între:
- 3 luni - 17 ani pentru Asiguratul copil
- 18 - 64 ani pentru Asiguratul adult.

8.2. Valabilitatea contractului suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 70 (șaptezeci) de ani sau la data maturităţii asigurării de baza în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

Articolul 9 - Modificarea sumei asigurate

9.1. Modificarea sumei asigurate a prezentului contract suplimentar se poate efectua în urma unei solicitări scrise și semnate a Titularului, primită de Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea datei de aniversare/ de reînnoire a contractului și numai după evaluarea medicală a Asiguratului, aprobarea solicitării acestuia de Societate și plata primei de asigurare modificată.

Articolul 10 - Contractul suplimentar ca parte a poliței de asigurare

10.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

10.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextual acestui contract suplimentar:

a. „Sinuciderea”

b. „Răscumpărarea contractului de asigurare”

c. „Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”.

Tabel de plăţi

Plăți pentru intervenții chirurgicale

(procent din Suma Asigurată)

Descrierea procedurii chirurgicale	Procentajul Maxim %
ABDOMEN	
Apendicectomie	35
Rezecţia intestinală	70
Rezecţia gastrică	70
Gastro -enterostomie	60
Colecistectomie	60
Laparatomie în scop de diagnostic, tratament sau extirparea unuia sau mai multor organe	50
Hernie: bubonicele, omfalocele, merocele, hidrocele, cirsocele, hernie a testiculelor, hernie cu linie radială distinctă, hernie post-operatorie	35
Cezariană	10
Dacă nu este altfel specificat în continuare, două sau mai multe proceduri chirurgicale efectuate prin aceeași incizie abdominală vor fi considerate o singură intervenţie chirurgicală	
ABCES	
Incizia unuia sau mai multor abcese superficiale sau furuncule	5
Tratamentul unuia sau mai multor carbuncule sau abcese care necesită spitalizarea	10
AMPUTARE	
Degete de la mână sau picior, fiecare dintre ele	10
Mână, antebraţ sau picior până la nivelul gleznei	20
Picior, braţ sau coapsă	40
Coapsa până la nivelul articulaţiei șoldului	70
SÂNI	
Amputarea unuia sau ambilor sâni, cu rezecţie radicală până în axilă	70
Amputarea simplă a unuia sau a ambilor sâni	40
TORACE	
Toracoplastie completa (toracotomie)	100
Lobectomie sau pneumectomie	70
Toracectomie în scop de diagnostic sau pentru tratamentul ganelor interne, cu excepţia extragerii lichidului	30
Extragerea puroiului, cu excepţia extragerii lichidului	10
Pneumotorax artificial	10

Bronhoscopie:	
• pentru diagnostic	10
• operativă, exclusiv biopsie	20
URECHE	
Intervenţie chirurgicală asupra timpanului	5
Mastoidectomie radicală, unilateral	50
Mastoidectomie radicală, bilateral	60
Miringotomie uni sau bilaterală	100
ESOFAG	
Intervenţie chirurgicală pentru structura esofagiană	40
OCHI	
Dezlipire de retină -fuzionare multiplă	100
Cataractă	50
Glaucom	30
Enucleere	30
Excizia pterigionului	20
Incizia unui orjelet sau chalasion	5
FRACTURI	
Tratament:	
Claviculă, omoplat sau antebraţ, un singur os	15
Tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10
Femur	40
Humerus	25
Degete de la mână sau picior, fiecare din acestea sau o coastă	5
Antebraţ - ambele oase, rotulă sau pelvis, fără să necesite tracţiune	20
Gambă - ambele oase	30
Mandibulă	20
Carpiene, metacarpiene, piramidă nazală, coaste	
- două sau mai multe, sau stern	10
Pelvis, fără să necesite tracţiune	30
Procese transversale vertebrale, fiecare dintre acestea	5
Vertebre, fractură prin compresie, una sau mai multe	40
Articulaţia pumnului	10
Fractură deschisă - cominutivă Pentru o fractură ce necesită intervenţie chirurgicală deschisă, inclusiv transplant de os sau sutura oaselor, se dublează procentele de mai sus, cu condiţia indemnizaţia maximă să nu depașească	100

APARATUL URO - GENITAL	
Nefrectomie	70
Fixarea rinichiului	70
Intervenţie chirurgicală de îndepărtare a tumorilor sau calculilor renali, ureterali sau vezicali	
• prin intervenţie chirurgicală	60
• prin cauterizare sau prin endoscopie	20
Intervenţie chirurgicală pentru strictura uretrei sau deschiderea uretrei	30
Intervenţie chirurgicală intra -uretrală	15
Prostată:	
• prostatectomie	70
• prostatectomie parţială endoscopică	25
• alt tip de operaţie	50
Orhitectomie sau epididimectomie	25
Hidrocel sau variocel	10
Hernie: ombilicală, inghinală și femurală	20
Intervenţie chirurgicală pentru extirparea tumorilor fibroide fără abordare abdominală	20
HERNIE	
Interventie chirurgicală deschisă sau laparoscopică:	
• hernie unilaterală	20
• hernie bilaterală	50
GUȘĂ TIROIDIANĂ	
Tiroidectomie, incluzînd toate stadiile de procedură chirurgicală	70
ARTICULAȚII ȘI LUXAȚII	
Incizie articulară pentru tratamentul unei boli sau tulburări funcţionale, cu excepţiile menţionate în continuare și cu excepţia extragerii lichidului	15
Alte cazuri decât cele menţionate mai sus, incizie la umăr, cot, șold sau articulaţia genunchiului, cu excepţia extragerii lichidului	40
Excizia, fixarea prin operaţie, dezarticularea sau artroplastia	
• umăr, șold sau coloana vertebrală	75
• genunchi, cot, încheietura mâinii sau gleznă	30
Luxaţie la:	
• degetele de la mână sau picior, fiecare dintre acestea	5
• umăr sau cot, încheietura mâinii sau gleznă	15
• mandibulă	5
• șold sau genunchi, cu excepţia rotulei	20
• rotulă	5
Pentru o luxaţie ce necesită intervenţie chirurgicală deschisă, procentajul se dublează, cu condiţia ca indemnizaţia maximă să nu depășească	100

NAS	
Intervenţie chirurgicală intranazală de sinus maxilar	15
Intervenţie chirurgicală extranazală de sinus	35
Vegetaţii adenoide, extragerea unuia sau mai multora	5
Rezecţie submucoasă	25
Turbinectomie	10
PARACENTEZĂ	
Extragere de lichid din:	
• abdomen	10
• torace sau vezică, exceptând cateterizarea	5
• timpan, hidrocel, articulaţii sau coloana vertebrală	5
PROCEDURI DE DIAGNOSTIC	
Endoscopie, colonoscopie, gastroscopie, ureteroscopie, rectoscopie, esofagoscopie, laringoscopie, rectosigmoidoscopie, histeroscopie	10
RECT	
Rezecţie radicală de tumori maligne, toate stadiile, inclusiv colostomie	100
Hemoroizi externi, excizie completă	10
Hemoroizi interni, sau interni și externi, inclusiv prolaps rectal, total pentru excizie sau tratament complet prin injectare	20
Fistulă anală	15
Fisură anală	5
Alte operaţii cu incizie în zona rectală	20
CRANIU	
Incizia calotei craniene, exceptând trepanarea și extragerea de lichid	100
Îndepărtare de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30
GÂT	
Amigdalectomie sau amigdalectomie și adenoidectomie:	
• adulţi și copii de 15 ani sau mai mult	10
• copii sub 15 ani	15
Laringoscopie în scop de diagnostic	5
TUMORI	
Intervenţie chirurgicală de extirparea de:	
• tumori maligne, exceptându-le pe cele ale mucoaselor, pielii și ţesutului subcutanat	50
• tumori maligne ale mucoaselor, pielii și ţesutului subcutanat	25
• sinus sau chist pilonidal, prin incizie	25
• tumori benigne ale testiculilor sau sâ	20
• ganglioni	5
• tumori benigne, una sau mai multe, cu excepţiile menţionate	10

VENE

Intervenţie chirurgicală completă pentru boală varicoasă - procedură completă sau tratament prin injectare:	
• la un picior	20
• la ambele picioare	30

Contract suplimentar

Beneficii zilnice de spitalizare în caz de accident (A400)

Definiții

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acţiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Asigurat: este persoana în favoarea căreia se încheie asigurarea, al cărei nume este specificat în poliţa de asigurare sau într-o anexă și a cărei stare de sănătate face obiectul prezentului contract suplimentar de asigurare.

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări. Condiţia preexistentă se aplică conform prezentelor condiţii contractuale în primii 10 ani de la data intrării în vigoare/repunerii și timp de 10 ani de la creșterea sumei asigurate pentru surplusul de sumă.

Co - Asigurat: soţul/soţia/copii/ părinţii Asiguratului major sau părinţii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexă la contractual de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include și noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Excluderi: situaţii în care Asigurătorul nu datorează indemnizaţia de asigurare, deși s-a produs riscul asigurat.

Indemnizaţia de asigurare sau despăgubirea: suma care va fi plătită de Asigurător în urma producerii evenimentului asigurat. Indemnizaţia de asigurare se va calcula în funcţie de sumele asigurate pentru beneficiile prevăzute în poliţa de asigurare.

Medic: persoana care profesează medicina pe baza unor studii superioare de specialitate și care deţine drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor sau o autoritate similară acestuia.

Pacient la pat: o persoană care este spitalizată ca urmare a unei vătămări corporale sau a unei îmbolnăviri pentru cel puţin 24 de ore, începând cu momentul internării în Spital și până la externare.

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Spital: unitate sanitară publică sau privată cu paturi, care îndeplinește cumulat următoarele condiţii:

(1) deţine o licenţă de funcţionare ca spital oferită de Ministerul Sănătăţii;

(2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămate, în calitate de pacienţi spitalizaţi;

(3) furnizează servicii de asistenţă medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;

(4) dispune de un personal cuprinzând cel puţin un medic disponibil permanent;

(5) dispune de facilităţi organizate pentru diagnosticare și operaţii chirurgicale majore;

(6) nu este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescenţă sau altă unitate sanitară similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenţi de droguri;

(7) dispune de echipament pentru raze X și de facilităţile aferente de funcţionare.

Spitalizare: internarea unei persoane într-un spital ca pacient rezident timp de cel puţin 24 de ore, cu serviciu complet de masă și cazare. Spitalizarea în sensul prezentului contract nu se referă la spitalizarea care are ca scop recuperare.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un accident, cu condiţia ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a contractului.

Articolul 1 - Prevederi generale

1.1. Contractul suplimentar Spitalizarea din accident este disponibil în 2 variante:

Varianta 1: Spitalizare în caz de accident din prima zi, caz în care plata despăgubirii se realizează începând cu prima zi de spitalizare.

Varianta 2: Spitalizare în caz de accident din a patra zi, caz în care plata despăgubirii se realizează începând cu a patra zi de spitalizare, primele trei zile de spitalizare nefiind despăgubite.

1.2. Asiguratul poate alege oricare dintre cele 2 variante prezentate mai sus, iar opţiunea lui îi va aparea în documentele contractuale.

1.3. În cazul în care acoperirea începe din ziua a patra, în vederea determinării beneficiului de plată ,din numărul total de zile petrecute în spital se vor scădea 3(trei) zile.

1.4. Acest contract suplimentar este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului și constituie o parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat și este valabil numai dacă numele său este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.5. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime de asigurare a prezentului contract suplimentar, transmiterea unei solicitări în formatul stabilit de Societate și a oricăror alte documente pe care Compania le consideră a fi necesare, precum și acceptul Companiei pentru încheierea prezentului contract.

1.6. În afara Asiguratului principal, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/ soţiei/ copiilor și părinţilor Asiguratului major și părinţilor/ fraţilor/ surorilor Asiguratului minor, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, Sumele Asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.7. Pe durata contractului suplimentar de asigurare, prima de asigurare va suferi modificări în următoarele situaţii:

a) În funcţie de vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei, așa cum este prezentat în tabelul din exemplul de mai jos privind evoluţia primei de asigurare în funcţie de vârsta Asiguratului, pentru un beneficiu zilnic de spitalizare de 100 Lei. Noua primă de asigurare aferentă Sumei Asigurate, așa cum este ea menţionată în poliţa de asigurare, se va calcula proporţional, folosind formula: Suma Asigurată * Prima de Asigurare pentru un Beneficiu zilnic de Spitalizare de 100 Lei (corespunzătoare noului interval de vârstă) / 100 Lei.

TABEL 1 – Evoluţia primei pentru Beneficiul de spitalizare din accident din prima zi

Vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei	Prima de Asigurare pentru un Beneficiu zilnic de Spitalizare de 100 Lei
0-59	40,69 Lei
60-70	57,42 Lei

TABEL 2 – Evoluţia primei pentru beneficiul de spitalizare din accident din a patra zi

Vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei	Prima de Asigurare pentru un Beneficiu zilnic de Spitalizare de 100 Lei
0-59	28,16 Lei
60-70	40,98 Lei

b) Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare menţionate în exemplul anterior, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Pe parcursul primilor 5 ani de asigurare, primele mai sus menţionate sunt garantate de către Societate. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă a contractului suplimentar de asigurare.

1.8. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar:

Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior. Prima de asigurare aferentă prezentului contract suplimentar se va adăuga la prima totală a contractului, care se plătește integral de către Titular, la fiecare dată scadentă, conform frecvenţei de plată specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă emisă ulterior.

Articolul 3 - Vârsta și durata de valabilitate a contractului suplimentar:

3.1. Vârsta Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între:

- 0 - 17 ani pentru Asiguratul copil
- 18 - 64 ani pentru Asiguratul adult.

3.2. Valabilitatea contractului suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 70 (șaptezeci) de ani sau la data maturităţii asigurării de bază în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

Articolul 4 - Încetarea contractului suplimentar

4.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta, fără intervenţia instanţelor judecătoreşti, în următoarele cazuri:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi şi cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare şi semnătura Titularului asigurării şi transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârşitul perioadei de graţie (aşa cum aceasta este definită în termenii şi condiţiile asigurării de viaţa de bază). Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este atașat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

d) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază;

e) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

f) prin reziliere în cazurile prevăzute în prezentul contract suplimentar;

g) de drept la data decesului Asiguratului;

h) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 70 (saptezeci) ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă sa fie în vigoare.

4.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum şi obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

Articolul 5 - Beneficii

5.1. Spitalizare în caz de accident

5.1.1. În cazul în care, ca urmare a unui accident, Asiguratul suferă vătămări corporale pentru care trebuie să fie internat într-un spital ca pacient la pat, sub observaţia continuă a unui medic, Societatea va plăti un beneficiu zilnic, egal cu suma specificată în poliţa de asigurare, pentru fiecare zi în care Asiguratul va fi internat, maximum 180 (o sută optzeci) de zile pe an.

5.1.2. Dacă Asiguratul va fi spitalizat la Terapie Intensivă ca și pacient la pat, ca urmare a unei vătămări corporale ce s-a produs pentru prima dată după intrarea/ repunerea în vigoare a asigurării, Societatea va plăti suplimentar către Asigurat un beneficiu de spitalizare la Terapie Intensivă pentru fiecare zi de spitalizare în această secţie. Acest beneficiu suplimentar este egal cu Suma Asigurată pentru o zi de spitalizare aşa cum este aceasta definită în polita de asigurare.

5.1.3. Suma asigurată stabilită în contract pentru fiecare zi de spitalizare crește în funcţie de numărul de zile petrecute în spital, astfel:

- între 0-10 zile consecutive per eveniment de spitalizare: se va plăti 100% din suma asigurată
- între 11-20 zile consecutive per eveniment de spitalizare: se va plăti 110% din suma asigurată
- între 21-30 zile consecutive per eveniment de spitalizare: se va plăti 120% din suma asigurată

- mai mult de 30 de zile consecutive per eveniment de spitalizare; se va plăti 130% din suma asigurată.

Acoperirea pentru beneficiul de spitalizare din accident poate să înceapă din prima zi sau din a 4 zi, în funcţie de alegerea Asiguratului.

5.2. Perioade succesive de spitalizare

Dacă în cele 12 (douăsprezece) luni următoare unei perioade de spitalizare pentru care s-a plătit sau este plătibilă o indemnizaţie conform acestui contract suplimentar, Asiguratul va fi readmis și spitalizat pentru aceleași cauze sau cauze înrudite, responsabilitatea Societăţii pentru întreaga perioadă va fi supusă limitelor referitoare la paragrafele din acest contract suplimentar, conform cărora a fost indemnizată perioada de internare iniţială. Dacă internarea ulterioară ca spitalizat intervine după cele 12 (douăsprezece) luni, această internare va fi considerată ca o nouă perioadă de spitalizare, aplicându-se perioada maximă de spitalizare de 180 (o sută optzeci) de zile pe an specificată în prezentul articol și va fi indemnizată conform prevederilor prezentului contract suplimentar.

5.3. Beneficiul de spitalizare pentru copii de până în 14 ani

În cazul în care prin prezentul contract suplimentar este asigurat un copil, iar acesta suferă un accident în urma căruia este internat ca pacient la pat într-un spital, beneficiul zilnic de spitalizare se majorează cu 50%, dacă vârsta copilului la momentul internării nu depășește 14 ani. Această majorare nu se aplică și beneficiului de internare la terapie intensivă.

5.4. Bonus pentru zero despăgubiri

La fiecare 5 ani consecutivi de la emiterea prezentului contract, pe parcursul cărora Titularul/Asiguratul nu a solicitat și/sau Societatea nu a plătit niciun beneficiu de spitalizare în caz de accident în baza acestui contract, Societatea va returna 30% din totalul primelor plătite în ultimii 5 ani pentru prezentul contract suplimentar de asigurare. Acest beneficiu va fi acordat de către Societate atâta timp cât contractul suplimentar de asigurare rămâne în vigoare.

Exemplu: Dacă, în cel de-al doilea an de asigurare, Asiguratul este internat în spital ca urmare a unui accident, niciun „bonus pentru 0 despăgubiri" nu va fi plătit pe parcursul primilor 5 ani de asigurare. Cu toate acestea, dacă niciun eveniment asigurabil nu are loc în perioada dintre cea de-a 5-a aniversare și cea de-a 10-a aniversare, la cea de-a 10 aniversare Asiguratul va primi un bonus calculat ca 30% din totalul primelor plătite pe perioada ultimilor 5 ani.

5.4.1. În cazul în care prezentul contract suplimentar de asigurare este atașat unei asigurări de tip Unit Linked, acest bonus va fi automat alocat în contul suplimentar de investiţie, atașat respectivei asigurări.

5.4.2. În cazul în care prezentul contract suplimentar de asigurare nu este atașat unei asigurări de tip Unit Linked, acest bonus va fi automat plătit Asiguratului în contul bancar al acestuia, conform articolului „Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor".

Articolul 6 - Excluderi

6.1. Asigurarea de spitalizare în caz de accident nu se aplică consecinţelor de mai jos:

- ocazionate de război sau război civil;
- cauzate sau provocate intenţionat de către Asigurat;
- cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim, aerian) sau al unui accident de muncă;
- ocazionate de sinuciderea sau tentativa de sinucidere a Asiguratului indiferent de starea lui mintală;

- cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepţia copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- cauzate de participarea Asiguratului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;
- zborul Asiguratului ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri plătitori, pe rute programate, regulate și publicate;
- participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare, participarea activă sau pasivă a Asiguratului la săvârșirea unei infracţiuni;
- practica sau utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

6.2. Societatea nu va rambursa, indemniza sau deveni răspunzătoare pentru nicio pretenţie referitoare la:

- orice condiţie preexistentă;
- orice afecţiune, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficitar Uman) și/ sau orice boală legată de HIV inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienţei Dobândite) și/ sau orice mutaţie derivative sau variaţii ale celor de mai sus, cauzate în orice mod, direct sau indirect;
- orice eveniment survenit accidental pe fondul afecţiunilor mentale sau nervoase, indiferent de clasificarea acesteia, condiţie psihiatrică, depresie mintală sau afecţiune psihică;
- orice tratament necesar unei afecţiuni survenite în urma unui accident ce presupune o internare într-o instituţie de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenţă, centre de dezintoxicare, centre de sănătate, etc.), Secţie Clinică de Recuperare sau Centru de recuperare din cadrul unui Spital, Institutul National de Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie, centre cu consult extern sau centru de reabilitare/ recuperare;
- tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepţia celor necesare unei danturi, natural sănătoase, dar lezate de o vătămare corporală;
- chirurgie plastică/ cosmetică, cu excepţia celei necesare din cauza unei vătămări corporale.

6.3. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 7 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

7.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract suplimentar de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile Societatea își rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat.

7.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Titularului asigurării. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Titularului asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

7.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) Formularul de solicitare a indemnizaţiei „Cerere de despăgubire în caz de accident sau de îmbolnăvire;

b) Formularul „Declaraţia medicului în caz de accident sau îmbolnăvire”, semnat și parafat de către medic;

c) Copii ale documentelor medicale privind intervenţia chirurgicală: rezultatele analizelor medicale, bilet(e) de ieșire din spital, alte documente relevante privind evenimentul suferit (originalul după care se face copia trebuie

să fie parafat de instituţia medicală emitentă și semnat de către medicul curant și să includă antetul instituţiei emitente);

d) Copia raportului poliţiei cu circumstanţele producerii evenimentului;

e) Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită să primească suma cuvenita din despăgubire;

f) Orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

7.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru orice tip de examinare medicală, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate.

7.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Societatea va efectua plata indemnizaţiilor de asigurare în termen de 30 zile calendaristice de la data la care documentaţia solicitată este completă. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

7.6. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare, în condiţiile prevăzute la articolul “Încetarea asigurării”.

7.7. Plata tuturor indemnizaţiilor și a bonusurilor plătibile în baza acestui contract suplimentar de asigurare se va efectua de Societate, conform indicaţiilor Asiguratului sau Beneficiarului direct în contul acestuia (aflat în România sau în străinătate).

7.8. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, ce a avut loc în perioada de graţie, prima scadentă va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu prezentul contract de asigurare.

7.9. În caz de deces al Asiguratului, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit Asiguratului, conform prevederilor prezentului contract suplimentar va fi plătit conform condiţiilor generale ale asigurării de bază. În cazul decesului Asiguratului, vor trebui furnizate documente doveditoare în conformitate cu prevederile condiţiilor generale ale asigurării de bază.

7.10. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 8 - Modificarea sumei asigurate

8.1. Suma asigurată prevăzută în prezentul contract suplimentar de asigurare poate fi modificată în urma unei solicitări scrise a Titularului, înregistrată de către Societate cu treizeci (30) de zile înaintea datei de aniversare a contractului și numai cu aprobarea acestei modificări de Societate.

8.2. În cazul majorării sumei asigurate, Societatea își rezervă dreptul de a solicita dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii și al condiţiilor de asigurare, fiind necesar ca Titularul să plătească noua primă de asigurare majorată.

8.3. Nicio modificare a sumei asigurate aferente contractului de asigurare nu este valabilă decât dacă a fost făcută în scris. Confirmarea modificării din partea Societăţii va fi considerată anexă la poliţa de asigurare.

Articolul 9 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare de bază

9.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

9.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. „Sinuciderea”

b. „Schimbarea planului de asigurare”

c. „Opţiuni în eventualitatea întreruperii plăţii primelor”, paragraful “Asigurarea cu Sumă Asigurată Redusă”

d. „Răscumpărarea contractului de asigurare”

e. „Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”

f. “Opţiuni de plată a beneficiilor”.

Contract suplimentar

Beneficii zilnice de spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire (A401)

Definiţii:

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente şi exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului şi care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului şi se datorează acţiunii bruşte asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări. Condiţia preexistentă se aplică conform prezentelor condiţii contractuale în primii 10 ani de la data intrării în vigoare/repunerii și timp de 10 ani de la creșterea sumei asigurate pentru surplusul de sumă.

Co - Asigurat: soţul/soţia/copii/ părinţii Asiguratului major sau părinţii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexa la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include și noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Îmbolnăvire: modificarea organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare/ data repunerii în vigoare a acestui contract suplimentar de asigurare.

Medic: persoană care profesează medicina, pe baza unor studii superioare de specialitate și care deţine drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor.

Pacient la pat: o persoană care este spitalizată ca urmare a unei vătămări corporale sau a unei îmbolnăviri pentru cel puţin 24 de ore, începând cu momentul internării în Spital și până la externare.

Perioada de aşteptare: se referă la perioada cuprinsă între data intrării în vigoare sau a repunerii în vigoare a contractului, respectiv data majorării sumei asigurate, și data de la care se oferă protecţie prin asigurare pentru evenimente care au ca și cauză o îmbolnăvire. Astfel, nu se va despăgubi niciun eveniment asigurat apărut în perioada de aşteptare, dacă acesta a fost cauzat de o îmbolnăvire. După trecerea perioadei de aşteptare, riscurile din îmbolnăvire vor fi acoperite în conformitate cu Termenii și Condiţiile de asigurare.

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Spital: o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, care îndeplinește cumulat următoarele condiţii:

(1) deţine o licenţă de funcţionare ca spital, oferită de Ministerul Sănătăţii;

(2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau cu vătămări corporale, în calitate de pacienţi spitalizaţi;

(3) furnizează servicii de asistenţă medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;

(4) dispune de un personal cuprinzând cel puţin un medic disponibil permanent;

(5) dispune de facilităţi organizate pentru diagnosticare și operaţii chirurgicale majore;

(6) nu este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescenţă sau altă unitate sanitară similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenţi de droguri;

(7) dispune de echipament pentru raze X și de facilităţile aferente de funcţionare.

Spitalizare: internarea unei persoane într-un spital ca pacient rezident timp de cel puţin 24 de ore, cu serviciu complet de masă și cazare. Spitalizarea în sensul prezentului contract nu se referă la spitalizarea care are ca scop recuperare.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident, cu condiţia ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar.

Articolul 1 - Prevederi generale

1.1. Contractul suplimentar Spitalizarea din accident sau îmbolnăvire este disponibil în 2 variante:

Varianta 1: Spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire din prima zi, caz în care plata despăgubirii se realizează începând cu prima zi de spitalizare.

Varianta 2: Spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire din a patra zi, caz în care plata despăgubirii se realizează începând cu a patra zi de spitalizare, primele trei zile de spitalizare nefiind despăgubite.

1.2. Asiguratul poate alege oricare dintre cele 2 variante prezentate mai sus, iar opţiunea lui îi va aparea în documentele contractuale.

1.3. În cazul în care acoperirea începe din ziua a patra, în vederea determinării beneficiului de plată ,din numărul total de zile petrecute în spital se vor scădea 3(trei) zile.

1.4. Acest contract suplimentar constituie o parte integrantă a contractului de asigurare, căruia îi este anexat și este valabil numai dacă prezentul beneficiu este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă, cu condiţia plăţii primei și a valabilităţii asigurării de bază.

1.5. Acest contract este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului, al cărui nume apare în poliţa de asigurare, conform opţiunii Titularului exprimată la momentul cererii pentru asigurarea de bază sau la o dată ulterioară într-o formă acceptată de Societate.

1.6. În afara Asiguratului, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/ soţiei/ copiilor și părinţilor Asiguratului major și părinţilor/ fraţilor/ surorilor Asiguratului minor, conform opţiunii Titularului, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.7. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime suplimentare. Valoarea acestei prime este menţionată în poliţa de asigurare.

1.8. Pe durata contractului suplimentar de asigurare, prima de asigurare va suferi modificări în următoarele situaţii:

a) În funcţie de vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei, așa cum este prezentat în tabelul din exemplul de mai jos privind evoluţia primei de asigurare în funcţie de vârsta Asiguratului, pentru un beneficiu zilnic de spitalizare de 100 Lei. Noua prima de asigurare aferenta Sumei Asigurate, așa cum este ea menţionată în poliţa de asigurare, se va calcula proporţional, folosind formula: Suma Asigurată * Prima de Asigurare pentru un Beneficiu zilnic de Spitalizare de 100 Lei (corespunzătoare noului interval de vârstă) / 100 Lei.

TABEL 1 – Evoluţia primei pentru Beneficiul de spitalizare din accident și îmbolnăvire din prima zi

Vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei	Prima de Asigurare pentru un Beneficiu zilnic de Spitalizare de 100 Lei
0-9	162,19 Lei
10-22	116,05 Lei
23-39	216,19 Lei
40-49	217,40 Lei
50-59	258,22 Lei
60-70	333,12 Lei

TABEL 2 – Evoluţia primei pentru beneficiul de spitalizare din accident și îmbolnăvire din a patra zi

Vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei	Prima de Asigurare pentru un Beneficiu zilnic de Spitalizare de 100 Lei
0-9	100,15 Lei
10-22	69,00 Lei
23-39	136,80 Lei
40-49	142,14 Lei
50-59	176,67 Lei
60-70	234,79 Lei

b) Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare menţionate în exemplul anterior, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Pe parcursul primilor 5 ani de asigurare, primele mai sus menţionate sunt garantate de către Societate. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă a contractului suplimentar de asigurare.

1.9. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior.

Articolul 3 - Beneficii

3.1. Beneficiu de spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire

3.1.1. În cazul în care, Asiguratul va trebui să fie internat într-un spital ca pacient la pat ca urmare a unor vătămări corporale provocate de un accident sau ca urmare a unei îmbolnăviri, sub observaţia continuă a unui medic, Societatea va plăti un beneficiu zilnic, egal cu suma specificată în poliţa de asigurare, pentru fiecare zi în care Asiguratul va fi internat, maximum 180 (o sută optzeci) de zile pe an. În condiţiile prezentului contract suplimentar, acoperirile din îmbolnăvire au o perioadă de aşteptare de 6 (şase) luni, de la data intrării în vigoare/ a repunerii în vigoare a prezentului contract suplimentar.

3.1.2. Dacă Asiguratul va fi spitalizat la Terapie Intensivă ca şi pacient la pat, ca urmare a unei vătămări corporale sau a unei îmbolnăviri, ce s-a produs pentru prima dată după intrarea/ repunerea în vigoare a asigurării, Societatea va plăti suplimentar către Asigurat un beneficiu de spitalizare în Terapie Intensivă pentru fiecare zi de spitalizare în această secţie. Acest beneficiu suplimentar este egal cu Suma Asigurată pentru o zi de spitalizare aşa cum este aceasta definită în polita de asigurare.

3.1.3. Suma asigurată stabilită în contract pentru fiecare zi de spitalizare creşte în funcţie de numărul de zile petrecute în spital, astfel:

- între 0-10 zile consecutive per eveniment de spitalizare: se va plăti 100% din suma asigurată
- între 11-20 zile consecutive per eveniment de spitalizare: se va plăti 110% din suma asigurată
- între 21-30 zile consecutive per eveniment de spitalizare: se va plăti 120% din suma asigurată
- mai mult de 30 de zile consecutive per eveniment de spitalizare; se va plăti 130% din suma asigurată.

Acoperirea pentru beneficiul de spitalizare din accident sau îmbolnăvire poate să înceapă din prima zi sau din a 4 zi, în funcţie de alegerea Asiguratului.

3.2. Perioade succesive de spitalizare

Dacă în cele 12 (douăsprezece) luni următoare unei perioade de spitalizare pentru care s-a plătit sau este plătibilă o indemnizaţie conform acestui contract suplimentar, Asiguratul va fi readmis şi internat ca spitalizat pentru aceleaşi cauze sau cauze înrudite, responsabilitatea Societăţii pentru întreaga perioadă va fi supusă limitelor referitoare la paragrafele din acest contract suplimentar, conform cărora a fost indemnizată perioada de internare iniţială. Dacă internarea ulterioară ca spitalizat intervine după cele 12 (douăsprezece) luni, această internare va fi considerată ca o nouă perioadă de spitalizare, aplicându-se perioada maxima de spitalizare de 180 (o sută optzeci) de zile pe an specificată în prezentul articol şi va fi indemnizată conform prevederilor prezentului contract suplimentar.

3.3. Beneficiul de spitalizare pentru copii de până în 14 ani

În cazul în care prin prezentul contract suplimentar este asigurat un copil, iar acesta suferă o vătămare corporală sau o îmbolnăvire, în urma căruia este internat ca pacient într-un spital, beneficiul zilnic de spitalizare se majorează cu 50%, dacă vârsta copilului la momentul internării nu depăşeşte 14 ani. Aceasta majorare nu se aplică şi beneficiului de internare în terapie intensivă.

3.4. Bonus pentru zero despăgubiri

La fiecare 5 ani consecutivi de la emiterea prezentului contract, pe parcursul cărora Titularul/Asiguratul nu a solicitat şi/sau Societatea nu a plătit niciun beneficiu de spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire în baza acestui contract, Societatea va returna 30% din totalul primelor plătite în ultimii 5 ani pentru prezentul contract suplimentar de asigurare. Acest beneficiu va fi acordat de către Societate atâta timp cât contractul suplimentar de asigurare rămâne în vigoare.

Exemplu: Dacă, în cel de-al doilea an de asigurare, Asiguratul este internat în spital ca urmare a unei îmbolnăviri, niciun „bonus pentru 0 despăgubiri" nu va fi plătit pe parcursul primilor 5 ani de asigurare. Cu toate acestea, dacă niciun eveniment asigurabil nu are loc în perioada dintre cea de-a 5-a aniversare şi cea de-a 10-a aniversare, la cea de-a 10 aniversare Asiguratul va primi un bonus calculat ca 30% din totalul primelor plătite pe perioada ultimilor 5 ani.

3.4.1. În cazul în care prezentul contract suplimentar de asigurare este atașat unei asigurări de tip Unit Linked, acest bonus va fi automat alocat în contul suplimentar de investiţie, atașat respectivei asigurări.

3.4.2. În cazul în care prezentul contract suplimentar de asigurare nu este atașat unei asigurări de tip Unit Linked, acest bonus va fi automat plătit Asiguratului în contul bancar al acestuia, conform articolului „Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor".

Articolul 4 - Excluderi

4.1. Asigurarea de spitalizare în caz de accident sau îmbolnăvire nu se aplică în cazul consecinţelor de mai jos:

- **a.** ocazionate de război, război civil;
- **b.** cauzate sau provocate intenţionat de către Asigurat;
- **c.** cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- **d.** cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim, aerian) sau al unui accident de muncă;
- **e.** cauzate de consumul excesiv de alcool, alcoolism, orice afecţiuni cronice etanolice (de exemplu, dar fără a se limita la: ciroza hepatică etanolică);
- **f.** tentativă de sinucidere a Asiguratului, indiferent de starea mintală;
- **g.** plata indemnizaţiei pentru beneficii chirurgicale din accident și îmbolnăvire, acordate pentru intervenţia chirurgicală de tip cezariană, survenită în primele 12 (douăsprezece) luni de la intrarea în vigoare a prezentului contract suplimentar de asigurare;
- **h.** cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepţia copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- **i.** cauzate de participarea Asiguratului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;
- **j.** zborul Asiguratului ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri pe rute programate, regulate și publicate;
- **k.** participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- **l.** participarea Asiguratului la săvârșirea unei infracţiuni;
- **m.** practicarea sau utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

4.2. Societatea nu va rambursa, indemniza sau deveni răspunzătoare pentru nicio pretenţie referitoare la:

- **a.** orice anomalii congenitale în primii 10 ani ai contractului;
- **b.** orice afecţiune, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficitar Uman) și /sau orice boală legată de HIV inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienţei Dobândite) și / sau orice mutaţie derivativă sau variaţii ale celor de mai sus, cauzate în orice mod, direct sau indirect;
- **c.** tratament de orice natură, efectuat sau administrat pentru tratarea unei afecţiuni mentale sau nervoase, indiferent de clasificarea acesteia, condiţie psihiatrică, sau tulburare psihică (de exemplu, dar fără a se limita la: depresie /tulburare depresivă);
- **d.** orice tratament necesar unei afecţiuni, survenite în urma unui accident sau a unei îmbolnăviri, ce presupune o internare într-o instituţie de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenţă, centre de dezintoxicare, centre de sănătate, etc.), Secţie Clinică de Recuperare sau Centru de recuperare din cadrul unui Spital, Institutul National de Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie, centre cu consult extern sau centru de reabilitare/ recuperare;

e. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepţia celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de o vătămare corporală;

f. chirurgie plastică/ cosmetică, cu excepţia celei necesare din cauza unei vătămări corporale;

g. orice condiţie preexistentă;

h. spitalizare pentru tratamente/ investigaţii în scop de diagnostic, sterilitate, fertilizarea “in vitro”, în scopuri de inseminare artificială;

i. orice afecţiune provocată de sarcină.

4.3. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 5 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

5.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire, în condiţiile prezentului contract suplimentar de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile Societatea își rezervă dreptul de a reduce valoarea indemnizaţiei sau respinge solicitarea de despăgubire dacă întârzierea influenţează procesul de evaluare a solicitării de despăgubire.

5.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării sau, după caz, de către Asigurat sau Beneficiarul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Titularului/ Asiguratului/ Beneficiarilor. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Titularului/ Asiguratului/ Beneficiarilor; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

5.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) Formularul de solicitare a indemnizaţiei „Cerere de despăgubire în caz de accident sau de îmbolnăvire;

b) Formularul „Declaraţia medicului în caz de accident sau îmbolnăvire”, semnat și parafat de către medic;

c) Copii ale documentelor medicale privind intervenţia chirurgicală: rezultatele analizelor medicale, bilet(e) de ieșire din spital, alte documente relevante privind evenimentul suferit (originalul după care se face copia trebuie să fie parafat de instituţia medicală emitentă și semnat de către medicul curant și să includă antetul instituţiei emitente);

d) Copia raportului poliţiei cu circumstanţele producerii evenimentului;

e) Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită să primească suma cuvenită din despăgubire;

f) Orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

5.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror vătămări corporale sau îmbolnăviri, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală sau îmbolnăvire, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare.

5.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Plata despăgubirii va fi efectuată într-un termen de 30 (treizeci) de zile de la data la care solicitarea de despăgubire a fost soluţionată. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

5.6. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va

avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire şi de a rezilia unilateral contractul de asigurare în condiţiile prevăzute la articolul de mai jos “Încetarea contractului suplimentar”.

5.7. În caz de deces al Asiguratului, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit Asiguratului, conform prevederilor prezentului contract suplimentar va fi plătit conform condiţiilor generale ale asigurării de bază. În cazul decesului Asiguratului, vor trebui furnizate documente doveditoare în conformitate cu prevederile condiţiilor generale ale asigurării de bază.

5.8. Plata tuturor indemnizaţiilor şi a bonusurilor plătibile în baza acestui contract suplimentar de asigurare se va efectua de Societate conform indicaţiilor Beneficiarului/ Asiguratului/ Titularului asigurării direct în contul acestuia.

5.9. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, petrecut în perioada de graţie, prima scadentă şi neplătită din prima de asigurare va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu prezentul contract de asigurare.

5.10. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 6 - Încetarea contractului suplimentar

6.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta, fără intervenţia instanţelor judecătorești, în următoarele cazuri:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi şi cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) prin reziliere în cazurile prevăzute în prezentul contract suplimentar;

d) de drept la data decesului Asiguratului.

6.2. În plus, asigurarea conform acestui contract suplimentar va înceta în mod automat, fără intervenţia instanţelor judecătorești și fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile, în oricare din cazurile următoare:

a) oricare primă pentru asigurarea de bază sau pentru acest contract suplimentar nu este plătită la scadenţă sau în perioada de graţie. Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este ataşat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare, căreia i se aplică articolul “Opţiuni în eventualitatea întreruperii plăţii primelor”.

b) asigurarea de bază este răscumpărată sau convertită în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază sau încetează în alt mod;

c) asigurarea de bază ajunge la maturitate;

d) Asiguratul devine membru al unei forţe militare, navale sau aeriene a unei ţări aflate în război, declarat sau nedeclarat;

e) Asiguratul devine membru al unei unităţi auxiliare sau civile necombatante în serviciul forţelor militare, navale sau aeriene, ale unei ţări aflate în război, declarat sau nedeclarat;

f) la data expirării duratei de valabilitate a contractului suplimentar de asigurare;

g) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 70 (șaptezeci) ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă sa fie în vigoare;

h) soţul/soţia co-Asigurat(ă) încetează să fie căsătorit(ă) cu Asiguratul.

6.3. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum şi obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta, cu excepţia returnării eventualei părţi nedatorate a primelor suplimentare plătite și scadente pentru perioada în care încetarea devine efectivă, împreună cu eventualele prime suplimentare plătite dar scadente pentru o perioadă ulterioară încetării. Plata sau acceptarea ulterioară a oricărei prime conform acestui contract nu va crea nicio obligaţie pentru Societate, cu excepţia celei de returnare a acestei prime.

Articolul 7 - Durata de valabilitate a contractului suplimentar

7.1. Vârsta Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între:

- 3 luni - 17 ani pentru Asiguratul copil
- 18 - 64 ani pentru Asigurat adult.

7.2. Valabilitatea contractului suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 70 (șaptezeci) de ani sau la data maturităţii asigurării de bază în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

Articolul 8 - Modificarea sumei asigurate

Modificarea sumei asigurate a prezentului contract suplimentar se poate efectua în urma unei solicitări scrise și semnate a Titularului, primită de Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea datei de aniversare/ de reînnoire a contractului și numai după evaluarea medicală a Asiguratului, aprobarea solicitării acestuia de Societate şi plata primei de asigurare modificate.

Articolul 9 - Contractul suplimentar ca parte a poliței de asigurare

9.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

9.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextual acestui contract suplimentar:

a. “Sinuciderea”

b. “Răscumpărarea contractului de asigurare”

c. “Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”.

Contract suplimentar

Decesul și invaliditatea permanentă ca urmare a unui accident (A100 A200)

Condiţii Contractuale

Important: Prevederile acestor contracte suplimentare referitoare la decesul din accident nu se aplică beneficiilor de deces din accident dacă acestea sunt cuprinse în asigurarea de bază.

Articolul 1 - Definiţii:

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente şi exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului şi care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului şi se datorează acţiunii bruşte asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Accident de transport: eveniment neprevăzut, necontrolabil, extern şi independent de voinţa Asiguratului, petrecut pe un drum public, cale ferată, în aer sau pe apă, în perioada de valabilitate a acestui contract suplimentar, care a avut ca rezultat o vătămare corporală, cu condiţia ca evenimentul să fi avut loc în timpul deplasării Asiguratului (ca pasager sau conducător al vehiculului) cu un vehicul terestru cu motor, înmatriculat legal, tren, aeronavă civilă sau ambarcaţiune (acestea din urmă fiind înregistrate legal pentru transportul de pasageri, pe rute programate), indiferent dacă respectivul mijloc de transport se află în mişcare sau nu. Este considerat accident de transport şi un eveniment petrecut, conform celor descrise mai sus, la urcarea sau coborârea din acel mijloc de transport (cu scopul de a fi transportat cu acesta), precum şi evenimentele petrecute în timp ce Asiguratul traversa un drum public (ca pieton) şi a fost accidentat de un vehicul motorizat.

Co - Asigurat: soţul/soţia/copii/părinţii Asiguratului major sau părintii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexa la contractual de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca şi co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include şi noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Invaliditate permanentă: se referă la pierderea anatomică sau funcţională a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent, din cauza unui accident şi/ sau îmbolnăvire, survenite în perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar de asigurare. Pierderea trebuie să fi survenit într-un interval de 365 (treisuteșaizeci și cinci) de zile de la data accidentului, să fie continuă pentru o perioadă de cel puţin 12 (douăsprezece) luni consecutive și după toate probabilităţile să continue pentru tot restul vieţii.

Invaliditate permanentă și totală: se referă la situaţia în care, în urma vătămării corporale, Asiguratul are o stare de invaliditate permanentă, conform definiţiei de mai sus și îl împiedică pe acesta să presteze orice fel de activitate remunerată sau aducătoare de profit. Sunt asimilate acestei stări de invaliditate totală și permanentă toate cazurile prevazute în tabelul de beneficii, inclus în poliţa de asigurare (Tabel 1).

Invaliditate permanentă și parţială: dacă, în urma unui accident, Asiguratul suferă vătămări corporale care au ca rezultat o invaliditate permanentă, conform definiţiei de mai sus, așa cum este specificată în tabelul de plăţi pentru invaliditatea permanentă parţială (Tabel 2), Societatea va plăti Beneficiarului o sumă egală cu procentul indicat în tabel pentru vătămarea corporală specifică, înmulţit cu suma asigurată precizată în poliţa de asigurare.

Îmbolnăvire: modificarea organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare/ data repunerii în vigoare a acestui contract suplimentar de asigurare.

Pierderea: se referă la pierderea totală și permanentă a funcţionalităţii sau pierderea completă și permanentă referitoare la:

- mână sau picior: la nivelul sau deasupra articulaţiei mâinii sau a gleznei;
- degetul mare și arătător: la nivelul sau deasupra articulaţiei falangei metacarpiene;
- vedere, auz sau vorbire: pierderea integrală și irecuperabilă a vederii, auzului sau vorbirii, certificată de un medic specialist autorizat în Oftalmologie sau Otorinolaringologie (ORL).

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Suma asigurată: suma stabilită pentru această asigurare suplimentară, menţionată în poliţa de asigurare, stabilită în funcţie de solicitarea Titularului asigurării și de evaluarea riscului de Asigurător.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un accident, cu condiţia ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar.

Articolul 2 - Prevederi generale

2.1. Acest contract suplimentar este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului și constituie o parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat și este valabil numai dacă numele său este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

2.2. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime de asigurare a prezentului contract suplimentar, transmiterea unei solicitări în formatul stabilit de Societate și a oricăror alte documente pe care Compania le consideră a fi necesare, precum și acceptul Companiei pentru încheierea prezentului contract.

2.3. În afara Asiguratului, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/soţiei/ copiilor și părinţilor Asiguratului major și părinţilor/ fraţilor/ surorilor Asiguratului minor conform opţiunii Titularului și Asiguratului, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

2.4. Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare aferente acestui contract suplimentar, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametri de bază care pot influenţa evoluţia actuarială a costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare,

prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea reînnoirii contractului suplimentar de asigurare.

2.5. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior. Prima de asigurare aferentă prezentului contract suplimentar se va adăuga la prima totală a contractului, care se plătește integral de către Titular, la fiecare dată scadentă, conform frecvenţei de plată specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă emisă ulterior.

Articolul 4 - Beneficii

4.1. Deces ca urmare a unui accident

În cazul în care, ca urmare a unui accident, Asiguratul suferă o vătămare corporală, al cărei rezultat este decesul, Societatea va plăti Beneficiarului suma asigurată, cu condiţia ca decesul să fi survenit în perioada de maximum 365 (treisuteșaizecișicinci) de zile de la data accidentului în cauză.

4.1.1 Expunere la risc şi dispariţie

Dacă Asiguratul dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, această situaţie se asimilează cu decesul Asiguratului numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă a unei instanţe judecătorești.

4.2. Invaliditate totală permanentă

În cazul în care, în urma vătămării corporale și în decurs de 365 (treisuteșaizecișicinci) de zile după data accidentului, Asiguratul intră în invaliditate totală și permanentă, iar această invaliditate continuă timp de 12 (douăsprezece) luni consecutive și este continuă, totală și permanentă la sfârșitul acestei perioade, Societatea va plăti suma asigurată prevăzută în poliţa de asigurare și în tabelul de plăţi pentru invaliditate totală permanentă.

4.3. Invaliditate parţială permanentă

În cazul în care, în urma unui accident, Asiguratul suferă vătămări corporale care au ca rezultat invaliditatea parţială permanentă, așa cum este specificată în tabelul de plăţi pentru invaliditate parţială pemanentă, Societatea va plăti Beneficiarului o sumă egală cu procentul indicat în tabelul pentru vătămărea corporală specifică, înmulţit cu suma asigurată aferentă acestui contract suplimentar, precizată în poliţa de asigurare, cu condiţia ca această invaliditate să fi survenit într-o perioadă de 180 (unasutăoptzeci) de zile de la data accidentului în cauză.

4.4. Accident de transport

Acest beneficiu este valabil dacă este precizat în poliţa de asigurare sau într-o anexă, împreună cu sumele asigurate și primele corespunzătoare. În cazul în care Asiguratul suferă o vătămare corporală cauzată de un accident de transport, având drept consecinţă invaliditatea permanentă sau decesul, beneficiile precizate la punctele 4.1, 4.2 și 4.3 se vor dubla.

Articolul 5 - Cumul de beneficii

Beneficiul de deces ca urmare a unui accident și invaliditate ca urmare a unui accident nu pot fi cumulate pentru același Asigurat. Dacă beneficiul de deces ca urmare a unui accident este inferior celui de invaliditate ca urmare a unui accident și accidentul cauzează decesul Asiguratului înainte de plata indemnizaţiei de invaliditate, atunci va fi plătită indemnizaţia de deces ca urmare a unui accident, în locul celei prevăzute pentru invaliditate. În cazul în care s-a plătit deja o indemnizaţie de invaliditate ca urmare a unui accident, iar aceeași vătămare corporală cauzează decesul Asiguratului, orice indemnizaţii plătite pentru invaliditatea ca urmare a unui accident vor fi deduse din indemnizaţiile datorate pentru decesul ca urmare a unui accident.

Articolul 6 - Excluderi

6.1. Acest contract suplimentar nu se va aplica următoarelor vătămări corporale accidentale:

- **a.** ocazionate de război, război civil;
- **b.** cauzate sau provocate intenţionat de către Asigurat;
- **c.** cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- **d.** cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim,aerian) sau al unui accident de muncă;
- **e.** sinuciderea sau consecinţele tentativei de sinucidere a Asiguratului, indiferent de starea mintală;
- **f.** cauzate sau provocate intenţionat de către Beneficiar, în cazul în care beneficiul îi revine Beneficiarului;

6.2. Se exclud de asemenea toate vătămările corporale ca urmare a unui accident survenite în împrejurările următoare:

- **a.** cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepţia copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- **b.** participarea Asiguratului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;
- **c.** zborul Asiguratului ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri, pe rute programate, regulate și publicate;
- **d.** participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- **e.** participarea Asiguratului la săvârșirea unei infracţiuni;
- **f.** utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, paraşută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager;
- **g.** administrarea de către Asigurat a oricărui tip de tratament, în scopul tratării unei afecţiuni mintale sau nervoase, indiferent de clasificarea acesteia, condiţie psihiatrică, sau tulburare psihică (de exemplu, dar fără a se limita la: depresie /tulburare depresivă);
- **h.** orice accident produs înainte de data începerii asigurării.

6.2. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 7- Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

7.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire, în condiţiile prezentului contract suplimentar de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 (treizeci) de zile, Societatea își rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat.

7.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării sau, după caz, de către Asigurat sau Beneficiarul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Beneficiarilor acestui contract suplimentar. Toate costurile legate de obţinerea şi furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Beneficiarilor asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

7.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) numărul poliţei de asigurare;

b) descrierea detaliată a accidentului și numele eventualilor martori;

c) orice rapoarte ale organelor de poliţie cu privire la accident;

d) raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea vătămărilor și să precizeze diagnosticul precis;

e) copie legalizată a certificatului de deces și Certificatul Medical Constatator de deces;

f) documente legale care să stabilească identitatea Beneficiarilor/ Asiguratului;

g) orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

7.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror vătămări corporale sau îmbolnăviri, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală sau îmbolnăvire, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate. În cazul decesului Asiguratului/ Titularului asigurării, Societatea are dreptul, pe propria cheltuială, să solicite o examinare post-mortem a decedatului. Beneficiarul sau reprezentanţii legali ai acestuia sunt obligaţi să prezinte dovada decesului din accident, care poate fi certificatul de deces (copie legalizată) sau dovada decesului prezumtiv (copie legalizată), în caz de dispariţie.

7.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Plata despăgubirii va fi efectuată într-un termen de 30 zile de la data la care solicitarea de despăgubire a fost soluţionată. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

7.6. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare în condiţiile prevăzute la articolul de mai jos “Încetarea contractului suplimentar”.

7.7. În caz de deces al Asiguratului, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit Asiguratului, conform prevederilor prezentului contract suplimentar va fi plătit conform condiţiilor generale ale asigurării de bază. În cazul decesului Asiguratului, vor trebui furnizate documente doveditoare în conformitate cu prevederile condiţiilor generale ale asigurării de bază.

7.8. Plata tuturor indemnizaţiilor se va efectua de Societate conform indicaţiilor Beneficiarului/ Asiguratului/ Titularului asigurării direct în contul acestuia.

7.9. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, petrecut în perioada de graţie, prima scadentă și neplătită din prima de asigurare va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu contractul.

7.10. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 8 - Încetarea contractului suplimentar

8.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta, fără intervenţia instanţelor judecătorești, în următoarele cazuri:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârșitul perioadei de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este atașat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

d) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază;

e) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

f) prin reziliere în cazurile prevăzute în prezentul contract suplimentar;

g) la data decesului Asiguratului;

h) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 65 (șaizeci și cinci) de ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă sa fie în vigoare.

8.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum și obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

Articolul 9 - Vârsta de intrare și durata de valabilitate a contractului suplimentar

9.1. Vârsta Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a prezentului contract suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între:

- 0 - 17 ani pentru Asiguratul copil
- 18 - 64 ani pentru Asiguratul adult.

9.2. Valabilitatea contractului suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Asiguratul copil împlinește vârsta de 18 (optsprezece) ani sau în cazul în care este student (ă), la 23 (douăzeci și trei) de ani. În cazul Asiguratului major, contractul expiră la următoarea aniversare, după ce acesta a împlinit vârsta de 65 (șaizeci și cinci) de ani sau la data maturităţii asigurării de bază în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

Articolul 10 - Modificarea sumei asigurate

10.1. Modificarea sumei asigurate a prezentului contract suplimentar se poate efectua în urma unei solicitări scrise și semnate a Titularului, primită de Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea datei de aniversare a contractului și numai după evaluarea medicală a Asiguratului, aprobarea solicitării acestuia de către Societate și plata primei de asigurare modificată.

10.2. În cazul majorării sumei asigurate, Societatea își rezervă dreptul de a solicita dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii și al condiţiilor de asigurare, fiind necesar ca Titularul să plătească noua primă de asigurare majorată.

10.3. Nicio modificare a sumei asigurate aferente contractului de asigurare nu este valabilă decât dacă a fost făcută în scris. Orice document ce confirmă o astfel de modificare va fi ataşat poliţei.

Articolul 11 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare

11.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

11.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. “Sinuciderea”

b. “Răscumpărarea contractului de asigurare”

c. “Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”.

Termeni speciali pentru pachetul de asigurare Wise Simplu (referitor la copilul asigurat)

Important: Acești termeni speciali sunt valabili doar pentru pachetul de asigurare Wise Simplu și doar dacă este inclus contractul suplimentar de tipul invaliditate permanentă ca urmare a unui accident referitoare la copilul asigurat.

1. În acești termeni speciali este stipulat faptul că prin contractul suplimentar de deces și invaliditate permanentă ca urmare a unui accident este acoperit copilul asigurat pentru beneficiul de invaliditate permanentă, cu condiţia plăţii primei de asigurare corespunzătoare.

2. Suma asigurată pentru această asigurare, ca și data plăţii beneficiilor sunt prevăzute în poliţa de asigurare sau într-o anexă la contractul de asigurare.

3. Beneficiile plătibile corespunzătoare acestui contract suplimentar vor fi plătite după cum urmează:

a) În cazul invalidităţii permanente a copilului asigurat, cauzată de un accident, acesta are dreptul la plata unui beneficiu la momentul apariţiei evenimentului conform condiţiilor prezentului contract de asigurare.

b) Beneficiul plătibil la data de expirare a contractului de asigurare de bază va fi plătit copilului asigurat. În cazul în care copilul nu a ajuns la vârsta majoratului, beneficiul va fi plătit în conformitate cu prevederile legale.

Tabel de plăţi pentru invaliditate permanentă

Plăți pentru invaliditate totală permanentă

(procent din Suma Asigurată)

	Procentajul Maxim %
Pierderea totală a ambilor ochi	100
Invaliditate totală incurabilă	100
Pierderea totală a ambelor antebraţe (de la cot la mână) și a ambelor mâini	100
Surditate completă a ambelor urechi de origine traumatică	100
Pierderea mandibulei	100
Pierderea totală a vorbirii	100
Pierderea totală a unui antebraţ (de la cot la mână) și a unui picior	100
Pierderea totală a unei mâini și a unui picior	100
Pierderea totală a unei mâini și a unui membru inferior	100
Pierderea totală a ambelor picioare	100
Afecţiuni psihiatrice dobândite ca urmare a unui accident	100

Plăți pentru invaliditate parțială permanentă

(procent din Suma Asigurată)

CAP	Procentajul Maxim %
Pierderea substanţei osoase a craniului în toată grosimea	
- pe o suprafaţă mai mare de 6 cm^2	40
- pe o suprafaţă de 3 - 6 cm^2	20
- pe o suprafaţă mai mică de 3cm^2	10
Pierderea parţială a mandibulei, integral în secţiune verticală sau jumătate din osul maxilarului	40
Pierderea totală a unui ochi	40
Surditatea completă la o ureche	30

MEMBRELE SUPERIOARE	Dreapta	Stânga
Pierderea unui antebraţ (de la cot la mână) şi a mâinii	60	50
Pierderea considerabilă a substanţei osoase a antebraţului (de la cot la mână, leziune definitivă și incurabilă)	50	40
Paralizia totală a membrului superior (leziune incurabilă a nervilor)	65	55
Paralizia totală a nervului circumflex	20	15
Anchiloza articulaţiei scapulohumerale	40	30
Anchiloza cotului cu fixaţie într-o poziţie favorabilă (15 grade în jurul unui unghi drept)	25	20
Anchiloza cotului cu fixaţie într-o poziţie nefavorabilă	40	35
Pierderea considerabilă a masei osoase din două oase ale antebraţului (leziune definitivă şi incurabilă)	40	30
Paralizia totală a nervului median	45	35
Paralizia totală a nervului radial la zona de torsiune	40	35
Paralizia totală a nervului radial de la nivelul antebraţului	30	25
Paralizia totală a nervului radial de la nivelul mâinii	20	15
Paralizia totală a nervului cubital	30	25
Anchiloza articulaţiei mâinii în poziţie favorabilă (drept în pronaţie)	20	15
Anchiloza articulaţiei mâinii în poziţie nefavorabilă (îndoire sau extensie tensionată sau supinaţie)	30	25
Amputarea totală a degetului mare	20	15
Pierderea parţială a degetului mare (falanga distală)	10	5
Anchiloza totală a degetului mare	20	15
Amputarea totală a degetului arătător	15	10
Pierderea totală a două falange de la arătător	10a	8a
Pierderea totală a falangei distale de la arătător	5a	15
Amputarea simultană a degetului mare și arătătorului	35	25
Pierderea totală a degetului mare și a unui deget, altul decât arătătorul	25	20
Pierderea totală a două degete, altele decât degetul mare și arătătorul	12	8
Pierderea totală a trei degete, altele decât degetul mare și arătătorul	20	15
Pierderea totală a patru degete, inclusiv degetul mare	45	40
Pierderea totală a patru degete, exclusiv degetul mare	40	35
Pierderea totală a degetului mijlociu	10	8
Pierderea totală a unui deget, altul decât degetul mare, arătătorul și mijlociul	7	3

MEMBRELE INFERIOARE	
Pierderea totală a coapsei (de la nivelul jumătăţii superioare)	60
Pierderea totală a gambei (jumătatea inferioară) și a piciorului	50
Pierderea totală a piciorului (dezarticulare tibio-tarsiană)	45
Pierderea parţială a piciorului (dezarticularea osului sub gleznă)	40
Pierderea parţială a piciorului (dezarticulare mediotarsiană)	35
Pierderea parţială a piciorului (dezarticulare tarsometatarsiană)	30
Paralizia totală a membrului inferior (leziune incurabilă a nervilor)	60
Paralizia completă a nervului sciatic popliteu extern	30
Paralizia completă a nervului sciatic popliteu intern	20
Paralizia completă a doi nervi (sciatic extern și intern în regiunea poplitee)	40
Anchiloza articulaţiei șoldului	40
Anchiloza genunchiului	20
Pierderea substanţei osoase din femur și ambele oase ale gambei (leziune incurabilă)	60
Pierderea substanţei osoase din genunchi cu separarea considerabilă a fragmentelor și dificultăti considerabile de mișcare în întinderea piciorului	40
Pierderea substanţei osoase din genunchi cu păstrarea posibilităţii de mișcare	20
Scurtarea membrului inferior cu cel puţin 5 cm	30
Scurtarea membrului inferior cu 3 - 5 cm	20
Scurtarea membrului inferior cu 1 - 3 cm	10
Amputarea totală a tuturor degetelor de la picior	25
Amputarea a patru degete de la picior, inclusiv degetul mare	20
Pierderea totală a patru degete	10
Pierderea totală a degetului mare	10
Pierderea totală a două degete	5
Amputarea unui deget, altul decât degetul mare	3
Pierderea unui organ	50

Anchiloza degetelor de la mână (altele decât degetul mare și arătătorul) și de la picior (altele decât degetul mare) dă dreptul la numai 50% din indemnizatia care ar fi datorata pentru pierderea acestor membre.

Stările de Invaliditate Permanentă ne-specificate mai sus vor fi indemnizate în funcţie de gravitatea comparată cu cele specificate. Suma totală plătibilă pentru mai mult de o Invaliditate din cauza aceluiași Accident se calculează adunând sumele respective, dar nu va depăși Suma Asigurată precizată în Poliţa de Asigurare.

Contract suplimentar

Decesul și invaliditatea permanentă ca urmare a unui accident cu plata indemnizaţiei sub formă de rate lunare timp de 5 ani (A102 - A202)

Condiţii Contractuale

Important: Prevederile acestor contracte suplimentare referitoare la decesul din accident nu se aplică beneficiilor de deces din accident dacă acestea sunt cuprinse în asigurarea de bază.

Articolul 1 - Definiţii:

Accident: eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acţiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Accident de transport: eveniment neprevăzut, necontrolabil, extern și independent de voinţa Asiguratului, petrecut pe un drum public, cale ferată, în aer sau pe apă, în perioada de valabilitate a acestui contract suplimentar, care a avut ca rezultat o vătămare corporală, cu condiţia ca evenimentul să fi avut loc în timpul deplasării Asiguratului (ca pasager sau conducător al vehiculului) cu un vehicul terestru cu motor, înmatriculat legal, tren, aeronavă civilă sau ambarcaţiune (acestea din urmă fiind înregistrate legal pentru transportul de pasageri, pe rute programate), indiferent dacă respectivul mijloc de transport se află în mișcare sau nu. Este considerat accident de transport și un eveniment petrecut, conform celor descrise mai sus, la urcarea sau coborârea din acel mijloc de transport (cu scopul de a fi transportat cu acesta), precum și evenimentele petrecute în timp ce Asiguratul traversa un drum public (ca pieton) și a fost accidentat de un vehicul motorizat.

Co - Asigurat: soţul/soţia/ părinţii Asiguratului major sau părintii Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexa la contractual de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include și noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Invaliditate permanentă: se referă la pierderea anatomică sau funcţională a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent, din cauza unui accident și/ sau îmbolnăvire, survenite în perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar de asigurare. Pierderea trebuie să fi survenit într-un interval de 365 (treisuteșaizeci și cinci) de zile de la data accidentului, să fie continuă pentru o perioadă de cel puţin 12 (douăsprezece) luni consecutive și după toate probabilităţile să continue pentru tot restul vieţii.

Invaliditate permanentă și totală: se referă la situaţia în care, în urma vătămării corporale, Asiguratul are o stare de invaliditate permanentă, conform definiţiei de mai sus și îl împiedică pe acesta să presteze orice fel de activitate

remunerată sau aducătoare de profit. Sunt asimilate acestei stări de invaliditate totală și permanentă toate cazurile prevazute în tabelul de beneficii, inclus în poliţa de asigurare (Tabel 1).

Invaliditate permanentă și parţială: dacă, în urma unui accident, Asiguratul suferă vătămări corporale care au ca rezultat o invaliditate permanentă, conform definiţiei de mai sus, așa cum este specificată în tabelul de plăţi pentru invaliditatea permanentă parţială (Tabel 2), Societatea va plăti Beneficiarului o sumă egală cu procentul indicat în tabel pentru vătămarea corporală specifică, înmulţit cu suma asigurată precizată în poliţa de asigurare.

Îmbolnăvire: modificarea organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare/ data repunerii în vigoare a acestui contract suplimentar de asigurare.

Pierderea: se referă la pierderea totală și permanentă a funcţionalităţii sau pierderea completă și permanentă referitoare la:

- mână sau picior: la nivelul sau deasupra articulaţiei mâinii sau a gleznei;
- degetul mare și arătător: la nivelul sau deasupra articulaţiei falangei metacarpiene;
- vedere, auz sau vorbire: pierderea integrală și irecuperabilă a vederii, auzului sau vorbirii, certificată de un medic specialist autorizat în Oftalmologie sau Otorinolaringologie (ORL).

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Suma asigurată: suma stabilită pentru această asigurare suplimentară, menţionată în poliţa de asigurare, stabilită în funcţie de solicitarea Titularului asigurării și de evaluarea riscului de Asigurător.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un accident, cu condiţia ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar.

Articolul 2 - Prevederi generale

2.1. Acest contract suplimentar este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului și constituie o parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat și este valabil numai dacă numele său este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

2.2. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime de asigurare a prezentului contract suplimentar, transmiterea unei solicitări în formatul stabilit de Societate și a oricăror alte documente pe care Compania le consideră a fi necesare, precum și acceptul Companiei pentru încheierea prezentului contract.

2.3. În afara Asiguratului, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/soţiei și părinţilor Asiguratului major și părinţilor Asiguratului minor conform opţiunii Titularului și Asiguratului, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

2.4. Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare aferente acestui contract suplimentar, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametri de bază care pot influenţa evoluţia actuarială a costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea reînnoirii contractului suplimentar de asigurare.

2.5. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost adăugat ulterior. Prima de asigurare aferentă prezentului contract suplimentar se va adăuga la prima totală a contractului, care se plătește integral de către Titular, la fiecare dată scadentă, conform frecvenţei de plată specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă emisă ulterior.

Articolul 4 - Beneficii

4.1. Deces ca urmare a unui accident

În cazul în care, ca urmare a unui accident, Asiguratul suferă o vătămare corporală, al cărei rezultat este decesul, Societatea va plăti Beneficiarului suma asigurată, cu condiţia ca decesul să fi survenit în perioada de maximum 365 (treisuteșaizecișicinci) de zile de la data accidentului în cauză.

4.1.1 Expunere la risc și dispariţie

Dacă Asiguratul dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, această situaţie se asimilează cu decesul Asiguratului numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă a unei instanţe judecătorești.

4.2. Invaliditate totală permanentă

În cazul în care, în urma vătămării corporale și în decurs de 365 (treisuteșaizecișicinci) de zile după data accidentului, Asiguratul intră în invaliditate totală și permanentă, iar această invaliditate continuă timp de 12 (douăsprezece) luni consecutive și este continuă, totală și permanentă la sfârșitul acestei perioade, Societatea va plăti suma asigurată prevăzută în poliţa de asigurare și în tabelul de plăţi pentru invaliditate totală permanentă.

4.3. Invaliditate parţială permanentă

În cazul în care, în urma unui accident, Asiguratul suferă vătămări corporale care au ca rezultat invaliditatea parţială permanentă, așa cum este specificată în tabelul de plăţi pentru invaliditate parţială pemanentă, Societatea va plăti Beneficiarului o sumă egală cu procentul indicat în tabelul pentru vătămarea corporală specifică, înmulţit cu suma asigurată aferentă acestui contract suplimentar, precizată în poliţa de asigurare, cu condiţia ca această invaliditate să fi survenit într-o perioadă de 180 (unasutăoptzeci) de zile de la data accidentului în cauză.

Articolul 5 - Cumul de beneficii

Beneficiul de deces ca urmare a unui accident și invaliditate ca urmare a unui accident nu pot fi cumulate pentru același Asigurat. Dacă beneficiul de deces ca urmare a unui accident este inferior celui de invaliditate ca urmare a unui accident și accidentul cauzează decesul Asiguratului înainte de plata indemnizaţiei de invaliditate, atunci va fi plătită indemnizaţia de deces ca urmare a unui accident, în locul celei prevăzute pentru invaliditate. În cazul în care s-a plătit deja o indemnizaţie de invaliditate ca urmare a unui accident, iar aceeași vătămare corporală cauzează decesul Asiguratului, orice indemnizaţii plătite pentru invaliditatea ca urmare a unui accident vor fi deduse din indemnizaţiile datorate pentru decesul ca urmare a unui accident.

Articolul 6 - Excluderi

6.1. Acest contract suplimentar nu se va aplica următoarelor vătămări corporale accidentale:

- **a.** ocazionate de război, război civil;
- **b.** cauzate sau provocate intenţionat de către Asigurat;
- **c.** cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- **d.** cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim,aerian) sau al unui accident de muncă;
- **e.** sinuciderea sau consecinţele tentativei de sinucidere a Asiguratului, indiferent de starea mintală;
- **f.** cauzate sau provocate intenţionat de către Beneficiar, în cazul în care beneficiul îi revine Beneficiarului;

6.2. Se exclud de asemenea toate vătămările corporale ca urmare a unui accident survenite în împrejurările următoare:

- **a.** cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepţia copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- **b.** participarea Asiguratului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;
- **c.** zborul Asiguratului ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri, pe rute programate, regulate și publicate;
- **d.** participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- **e.** participarea Asiguratului la săvârșirea unei infracţiuni;
- **f.** utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, paraşută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager;
- **g.** administrarea de către Asigurat a oricărui tip de tratament, în scopul tratării unei afecţiuni mintale sau nervoase, indiferent de clasificarea acesteia, condiţie psihiatrică, sau tulburare psihică (de exemplu, dar fără a se limita la: depresie /tulburare depresivă);
- **h.** orice accident produs înainte de data începerii asigurării.

6.3. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 7- Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

7.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire, în condiţiile prezentului contract suplimentar de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 (treizeci) de zile, Societatea își rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat.

7.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării sau, după caz, de către Asigurat sau Beneficiarul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Beneficiarilor acestui contract suplimentar. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Beneficiarilor asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

7.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) numărul poliţei de asigurare;

b) descrierea detaliată a accidentului și numele eventualilor martori;

c) orice rapoarte ale organelor de poliţie cu privire la accident;

d) raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea vătămărilor și să precizeze diagnosticul precis;

e) copie legalizată a certificatului de deces și Certificatul Medical Constatator de deces;

f) documente legale care să stabilească identitatea Beneficiarilor/ Asiguratului;

g) orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

7.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror vătămări corporale sau îmbolnăviri, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală sau îmbolnăvire, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate. În cazul decesului Asiguratului/ Titularului asigurării, Societatea are dreptul, pe propria cheltuială, să solicite o examinare post-mortem a decedatului. Beneficiarul sau reprezentanţii legali ai acestuia sunt obligaţi să prezinte dovada decesului din accident, care poate fi certificatul de deces (copie legalizată) sau dovada decesului prezumtiv (copie legalizată), în caz de dispariţie.

7.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Plata despăgubirii va fi efectuată într-un termen de 30 zile de la data la care solicitarea de despăgubire a fost soluţionată. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

7.6. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare în condiţiile prevăzute la articolul de mai jos “Încetarea contractului suplimentar”.

7.7. Plata tuturor indemnizaţiilor se va efectua de Societate conform indicaţiilor Beneficiarului/ Asiguratului/ Titularului asigurării direct în contul acestuia.

7.8. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, petrecut în perioada de graţie, prima scadentă și neplătită din prima de asigurare va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu contractul.

7.9. Plata indemnizaţiilor în caz de anuitate educaţională și/ sau indemnizaţie de invaliditate se va efectua conform următoarelor prevederi:

A) În caz de deces din accident – indemnizaţie pentru urmași – în cazul în care intervine decesul din accident al Asiguratului prin prezentul contract de asigurare, Societatea va plăti către Asigurat sau reprezentatul legal al acestuia anuitatea educaţională. Pentru indemnizaţie pentru urmași, Societatea va plăti suma asigurată prevazută în poliţa de asigurare, eșalonată în rate lunare egale, pentru o perioada de 5 ani. Plăţile vor debuta la 30 zile de la data la care solicitarea de despăgubire a fost soluţionată.

B) În caz de invaliditate totală permanentă din accident – indemnizaţie de invaliditate În cazul în care intervine invaliditatea totală și permanentă din accident a Asiguratului prin prezentul contract de asigurare, Societatea va plăti către Asigurat sau reprezentatul legal al acestuia indemnizaţia de invaliditate. Pentru indemnizaţia de invaliditate, Societatea va plăti suma asigurată prevazută în poliţa de asigurare, eșalonată în rate lunare egale, pentru o perioada de 5 ani, cu condiţia ca Beneficiarul indemnizaţiei de invaliditate să fie în viaţă. Plăţile vor debuta la 30 zile de la data la care solicitarea de despăgubire a fost soluţionată.

7.10. Dacă pe parcursul perioadei de plată a indemnizaţiei de invaliditate, survine decesul din accident al Asiguratului prin prezentul contract de asigurare, plăţile pentru indemnizaţia de invaliditate se suspendă, acestea fiind înlocuite pentru perioada rămasă de indemnizaţia pentru urmași. Perioada rămasă se va calcula deducând din perioada aferentă indemnizaţiei pentru urmași perioada de plăţi efectuate pentru indemnizaţia de invaliditate.

7.11. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 8 - Încetarea contractului suplimentar

8.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta, fără intervenţia instanţelor judecătorești, în următoarele cazuri:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârșitul perioadei de grație (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de bază). Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este atașat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

d) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază;

e) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

f) prin reziliere în cazurile prevăzute în prezentul contract suplimentar;

g) la data decesului Asiguratului;

h) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 65 (șaizeci și cinci) de ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă sa fie în vigoare;

i) Asiguratul devine membru al unei forţe militare, navale sau aeriene a unei ţări aflate în război, declarat sau nedeclarat;

j) Asiguratul devine membru al unei unităţi auxiliare sau civile necombatante în serviciul forţelor militare, navale sau aeriene ale unei ţări aflate în război, declarat sau nedeclarat.

8.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum și obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

Articolul 9 - Vârsta de intrare și durata de valabilitate a contractului suplimentar

9.1. Vârsta Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a prezentului contract suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între 18 - 64 ani.

9.2. Valabilitatea contractului suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 65 (șaizeci și cinci) de ani sau la data maturităţii asigurării de bază în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

Articolul 10 - Modificarea sumei asigurate

10.1. Modificarea sumei asigurate a prezentului contract suplimentar se poate efectua în urma unei solicitări scrise și semnate a Titularului, primită de Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea datei de aniversare a contractului și numai după evaluarea medicală a Asiguratului, aprobarea solicitării acestuia de către Societate și plata primei de asigurare modificată.

10.2. În cazul majorării sumei asigurate, Societatea își rezervă dreptul de a solicita dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii și al condiţiilor de asigurare, fiind necesar ca Titularul să plătească noua primă de asigurare majorată.

10.3. Nicio modificare a sumei asigurate aferente contractului de asigurare nu este valabilă decât dacă a fost făcută în scris. Orice document ce confirmă o astfel de modificare va fi atașat poliţei.

Articolul 11 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare

11.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

11.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. “Sinuciderea”

b. “Răscumpărarea contractului de asigurare”

c. “Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”.

Tabel de plăţi pentru invaliditate permanentă

Plăți pentru invaliditate totală permanentă

(procent din Suma Asigurată)

	Procentajul Maxim %
Pierderea totală a ambilor ochi	100
Invaliditate totală incurabilă	100
Pierderea totală a ambelor antebraţe (de la cot la mână) şi a ambelor mâini	100
Surditate completă a ambelor urechi de origine traumatică	100
Pierderea mandibulei	100
Pierderea totală a vorbirii	100
Pierderea totală a unui antebraţ (de la cot la mână) şi a unui picior	100
Pierderea totală a unei mâini şi a unui picior	100
Pierderea totală a unei mâini şi a unui membru inferior	100
Pierderea totală a ambelor picioare	100
Afecţiuni psihiatrice dobândite ca urmare a unui accident	100

Plăți pentru invaliditate parțială permanentă

(procent din Suma Asigurată)

CAP	Procentajul Maxim %
Pierderea substanţei osoase a craniului în toată grosimea	
- pe o suprafaţă mai mare de 6 cm^2	40
- pe o suprafaţă de 3 - 6 cm^2	20
- pe o suprafaţă mai mică de 3cm^2	10
Pierderea parţială a mandibulei, integral în secţiune verticală sau jumătate din osul maxilarului	40
Pierderea totală a unui ochi	40
Surditatea completă la o ureche	30

MEMBRELE SUPERIOARE	Dreapta	Stânga
Pierderea unui antebraţ (de la cot la mână) şi a mâinii	60	50
Pierderea considerabilă a substanţei osoase a antebraţului (de la cot la mână, leziune definitivă și incurabilă)	50	40
Paralizia totală a membrului superior (leziune incurabilă a nervilor)	65	55
Paralizia totală a nervului circumflex	20	15
Anchiloza articulaţiei scapulohumerale	40	30
Anchiloza cotului cu fixaţie într-o poziţie favorabilă (15 grade în jurul unui unghi drept)	25	20
Anchiloza cotului cu fixaţie într-o poziţie nefavorabilă	40	35
Pierderea considerabilă a masei osoase din două oase ale antebraţului (leziune definitivă şi incurabilă)	40	30
Paralizia totală a nervului median	45	35
Paralizia totală a nervului radial la zona de torsiune	40	35
Paralizia totală a nervului radial de la nivelul antebraţului	30	25
Paralizia totală a nervului radial de la nivelul mâinii	20	15
Paralizia totală a nervului cubital	30	25
Anchiloza articulaţiei mâinii în poziţie favorabilă (drept în pronaţie)	20	15
Anchiloza articulaţiei mâinii în poziţie nefavorabilă (îndoire sau extensie tensionată sau supinaţie)	30	25
Amputarea totală a degetului mare	20	15
Pierderea parţială a degetului mare (falanga distală)	10	5
Anchiloza totală a degetului mare	20	15
Amputarea totală a degetului arătător	15	10
Pierderea totală a două falange de la arătător	10	8
Pierderea totală a falangei distale de la arătător	5	3
Amputarea simultană a degetului mare și arătătorului	35	25
Pierderea totală a degetului mare și a unui deget, altul decât arătătorul	25	20
Pierderea totală a două degete, altele decât degetul mare și arătătorul	12	8
Pierderea totală a trei degete, altele decât degetul mare și arătătorul	20	15
Pierderea totală a patru degete, inclusiv degetul mare	45	40
Pierderea totală a patru degete, exclusiv degetul mare	40	35
Pierderea totală a degetului mijlociu	10	8
Pierderea totală a unui deget, altul decât degetul mare, arătătorul și mijlociul	7	3

MEMBRELE INFERIOARE	
Pierderea totală a coapsei (de la nivelul jumătăţii superioare)	60
Pierderea totală a gambei (jumătatea inferioară) și a piciorului	50
Pierderea totală a piciorului (dezarticulare tibio-tarsiană)	45
Pierderea parţială a piciorului (dezarticularea osului sub gleznă)	40
Pierderea parţială a piciorului (dezarticulare mediotarsiană)	35
Pierderea parţială a piciorului (dezarticulare tarsometatarsiană)	30
Paralizia totală a membrului inferior (leziune incurabilă a nervilor)	60
Paralizia completă a nervului sciatic popliteu extern	30
Paralizia completă a nervului sciatic popliteu intern	20
Paralizia completă a doi nervi (sciatic extern și intern în regiunea poplitee)	40
Anchiloza articulaţiei șoldului	40
Anchiloza genunchiului	20
Pierderea substanţei osoase din femur și ambele oase ale gambei (leziune incurabilă)	60
Pierderea substanţei osoase din genunchi cu separarea considerabilă a fragmentelor și dificultăti considerabile de mișcare în întinderea piciorului	40
Pierderea substanţei osoase din genunchi cu păstrarea posibilităţii de mișcare	20
Scurtarea membrului inferior cu cel puţin 5 cm	30
Scurtarea membrului inferior cu 3 - 5 cm	20
Scurtarea membrului inferior cu 1 - 3 cm	10
Amputarea totală a tuturor degetelor de la picior	25
Amputarea a patru degete de la picior, inclusiv degetul mare	20
Pierderea totală a patru degete	10
Pierderea totală a degetului mare	10
Pierderea totală a două degete	5
Amputarea unui deget, altul decât degetul mare	3
Pierderea unui organ	50

Anchiloza degetelor de la mână (altele decât degetul mare și arătătorul) și de la picior (altele decât degetul mare) dă dreptul la numai 50% din indemnizatia care ar fi datorata pentru pierderea acestor membre.

Stările de Invaliditate Permanentă ne-specificate mai sus vor fi indemnizate în funcţie de gravitatea comparată cu cele specificate. Suma totală plătibilă pentru mai mult de o Invaliditate din cauza aceluiași Accident se calculează adunând sumele respective, dar nu va depăși Suma Asigurată precizată în Poliţa de Asigurare.

Contract suplimentar de asigurare

Decesul din orice cauză (L171)

Termenii și Condiţiile tale de asigurare

Important:
Prevederile acestui contract suplimentar referitoare la plata indemnizaţiilor de asigurare se referă doar la acest contract suplimentar, nu și la asigurarea de bază.

Definiții generale

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acţiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Accident din trafic: eveniment neprevăzut, necontrolabil, extern și independent de voinţa Asiguratului, petrecut pe un drum public sau cale ferată, în perioada de valabilitate a acestui contract de asigurare, care a avut ca rezultat o vătămare corporală, cu condiţia ca evenimentul să fi avut loc în timpul deplasării Asiguratului (ca pasager sau conducător al vehiculului) cu un vehicul terestru cu motor, înmatriculat legal, tren, indiferent dacă respectivul mijloc de transport se află în mișcare sau nu. Este considerat accident din trafic și un eveniment petrecut, conform celor descrise mai sus, la urcarea sau coborârea din acel mijloc de transport (cu scopul de a fi transportat cu acesta), precum și evenimentele petrecute în timp ce Asiguratul traversa un drum public (ca pieton) și a fost accidentat de un vehicul motorizat.

Co-Asigurat: soţul/ soţia/ copiii/ părinţii Asiguratului major sau părinţii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexă la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-Asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include și noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări. Condiţia preexistentă se aplică conform prezentelor condiţii contractuale în primii 10 ani de la data intrării în vigoare/repunerii și timp de 10 ani de la creșterea sumei asigurate pentru surplusul de sumă.

Contract suplimentar de asigurare: definit „sui generis”, este actul juridic bilateral prin care anumite riscuri suplimentare sunt asigurate de către Asigurător, în schimbul plăţii primei suplimentare de asigurare de către Titular.

Data maturităţii contractului suplimentar: data la care obligaţiile Asigurătorului prin acest contract suplimentar încetează, riscurile nu mai sunt acoperite și primele de asigurare nu mai sunt datorate.

Excluderi: situaţii în care Asigurătorul nu plătește indemnizaţia de asigurare/ despăgubirea, deși s-a produs riscul asigurat.

Indemnizaţia de asigurare sau Despăgubirea: suma care va fi plătită de Asigurător în urma producerii evenimentului asigurat. Indemnizaţia de asigurare se va calcula în funcţie de sumele asigurate pentru riscurile prevăzute în poliţa de asigurare.

Îmbolnăvire: modificarea organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare/ data repunerii în vigoare a acestui contract suplimentar de asigurare.

Medic: persoană care profesează medicina pe baza unor studii superioare de specialitate, deţine drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor din România sau al unei autorităţi similare din altă ţară.

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de către Titular, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Prima indexată: prima de asigurare majorată cu un procent denumit ”index”, propus de către Societate înainte de aniversarea contractului. Prima indexată are rolul de a crește beneficiile oferite de contractul de asigurare. Indexarea nu este obligatorie, ea fiind considerată acceptată de către Titular prin plata primei de asigurare indexate.

Suma Asigurată: suma stabilită în poliţa de asigurare pentru acest contract suplimentar, în funcţie de solicitarea Titularului asigurării și de evaluarea riscului realizată de Asigurător.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident, cu condiţia ca această vătămare corporală să fi avut loc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Definiţii specifice, necesare înţelegerii acestui contract suplimentar de asigurare, în contextul atașării la poliţa de asigurare și a componentei de investiţii “Invest Plus”:

Componenta de investiţii: componenta contractului de asigurare al cărei scop principal este acumularea în timp a unor sume de bani în contul de investiţii, prin cumpărarea de unităţi de fond corespunzătoare programelor de investiţii puse la dispoziţie de către Asigurător. Investirea unităţilor de fond în contul de investiţii se realizează în urma plăţii primelor de asigurare dedicate acestei componente. În anumite documente emise de către Societate, componenta de investiţii poate fi regăsită și sub denumirea de “asigurare de tip Unit-Linked” sau “asigurare suplimentară Unit-Linked cu prime eșalonate” .

Contul de investiţii: un cont individual administrat de Asigurător pentru Asigurat, utilizat pentru evidenţa unităţilor de fond. Acest cont este disponibil doar dacă la contractul de asigurare este atașată și o componentă de investiţii. Componenta de investiţii nu este disponibilă pentru Co-Asiguraţi. Detaliile despre funcţionalitatea acestui cont sunt prezentate în termenii și condiţiile contractuale ale componentei de investiţii.

Contul suplimentar de investiţii: un cont adiţional la contul de investiţii, administrat de Asigurător și utilizat pentru evidenţa unor unităţi de fond suplimentare. Acest cont este special creat pentru administrarea plăţilor suplimentare unice efectuate de către Titular sau pentru plata diverselor bonusuri pe poliţă de către Societate.

Programul de investiţii: un portofoliu standard format din diverse tipuri de active financiare, administrate de către Asigurător.

Unitate de fond: o diviziune a programului de investiţii oferit de Asigurător, pe baza căruia se calculează valoarea Contului de investiţii și a Contului suplimentar de investiţii.

ARTICOLUL 1 - Prevederi generale

1.1. Acest contract suplimentar constituie o parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat şi este valabil numai dacă numele său este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă (ex.: scrisoarea de confirmare a activării acestui contract suplimentar, transmisă Titularului de către Societate), cu condiţia plăţii primei de asigurare şi a valabilităţii asigurării de bază.

1.2. Acest contract suplimentar poate oferi protecţie **Asiguratului** sau **Co-Asiguraţilor săi**, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate şi primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă, conform opţiunii Titularului, exprimate la momentul încheierii prezentului contract suplimentar.

1.3. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime suplimentare de asigurare. Valoarea acestei prime de plată este menţionată în poliţa de asigurare. Prima de asigurare a acestui contract suplimentar se va adăuga la prima totală a poliţei, care se plătește integral de către Titular, la fiecare dată scadentă, conform frecvenţei de plată, specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă emisă ulterior.

1.4. Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile şi primele de asigurare ale acestui contract suplimentar la orice aniversare, începând cu a 5-a aniversare. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei.

Procesul de modificare a condiţiilor și/ sau a primelor de asigurare ale acestui contract suplimentar de asigurare va respecta următorul flux:

- Condiţiile și prima de asigurare modificate vor fi propuse în scris spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de aniversarea contractului suplimentar.
- Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare/ a condiţiilor modificate sau de a achita prima de plată integral până la data scadentă. În cazul în care Titularul contractului a optat pentru plata primei de asigurare prin serviciul de debitare automată (Direct Debit), acesta are obligaţia de a notifica Societatea, în scris, în privinţa refuzului său și implicit încetarea contractului suplimentar de asigurare, cu 10 zile înainte de scadenţă.
- Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă. În acest caz, prima de asigurare plătită necorespunzător va fi restituită Titularului.

Prin acest ultim paragraf, vrem să te asigurăm că prima ta rămâne fixă pe durata primilor 5 ani ai acestui contract suplimentar. Acest lucru nu înseamnă că vom modifica în mod automat prima suplimentară de asigurare la începutul celui de-al 6-lea an, însă, vrem să știi că vom avea posibilitatea să facem acest lucru, dacă în urma unor analize de cost, considerăm că este necesar.

1.5. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

ARTICOLUL 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

2.1. Data intrării în vigoare a acestui contract suplimentar este menţionată în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul a fost atașat ulterior.

ARTICOLUL 3 - Vârsta de intrare în asigurare și durata contractului de asigurare

3.1. Acest contract suplimentar de asigurare se încheie pe **o durată de minimum 10 ani**. Vârsta Asiguratului la data încheierii contractului variază în funcţie de durata contractului suplimentar, astfel:

- pentru contractul suplimentar cu durată fixă de 10 de ani: 6 luni - 65 de ani;
- pentru contractul suplimentar cu durată fixă de 20 de ani: 6 luni - 55 de ani;
- pentru contractul suplimentar cu maturitate la 75 de ani: 6 luni - 65 de ani.

3.2. Maturitatea acestui contract suplimentar nu poate depăși maturitatea contractului de bază la care prezentul contract suplimentar este anexat.

ARTICOLUL 4 - Scopul asigurării

4.1. Riscul principal asigurat prin acest contract suplimentar de asigurare este Decesul din orice cauză al Asiguratului, prezentul document având rolul de a detalia termenii și condiţiile de asigurare ai acestui risc.

4.2. Despăgubirea va fi plătită Beneficiarului desemnat sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, astfel:

- Pentru **decesul din îmbolnăvire** al Asiguratului, înainte de data maturităţii – Societatea va plăti **Suma Asigurată** menţionată în poliţa de asigurare;
- Pentru **decesul din accident** al Asiguratului, înainte de data maturităţii – Societatea va plăti **dublul Sumei Asigurate** menţionate în poliţa de asigurare.
- Pentru **decesul din trafic** al Asiguratului, înainte de data maturităţii – Societatea va plăti **triplul Sumei Asigurate** menţionate în poliţa de asigurare.
- 3.000 Lei din Suma Asigurată menţionată în poliţa de asigurare va fi platită în maxim 48h de la primirea certificatului de deces de către Compania de asigurări, doar dacă există beneficiari desemnaţi în cererea de asigurare sau într-o solicitare transmisă ulterior. În caz contrar se va plăti suma asigurată integrală după evaluarea dosarului.
- În cazul în care în urma procesului de evaluare medicală Compania decide ca prospectivul client poate beneficia doar de acoperirea pentru deces din accident, despăgubirea va fi plătită doar în cazul decesului din accident și va reprezenta suma asigurată menţionată în poliţa de asigurare.

Te rugăm să fii atent și la Articolul *„Excluderi aplicabile riscului de deces din orice cauză”* din prezentul document, unde îţi detaliem situaţiile în care riscul de deces nu este acoperit.

4.3. Orice beneficiu plătibil de către Asigurător conform prezentului articol va fi diminuat cu sumele datorate la momentul respectiv de către Titular, în baza prezentului contract (ex.: prime de asigurare restante).

ARTICOLUL 5 - Bonusul pentru 0 despăgubiri

5.1. Dacă persoana asigurată este în viaţă la finalul celui de-al 15-lea an contractual sau la data maturităţii contractului suplimentar, dacă maturitatea contractului are loc mai devreme de cei 15 ani, Societatea va plăti către Asigurat/ co-Asigurat, **30% din totalul primelor plătite** pentru acoperirea riscului de deces, de la începutul prezentului contract suplimentar și până la data alocării bonusului.

5.2. Plata bonusului se va realiza ţinând cont de următoarele aspecte generale:

Bonusul pentru Asigurat

a) Poliţa nu are atașată o componentă de investiţii:

- ✓ Bonusul pentru 0 despăgubiri va fi plătit Asiguratului în contul bancar al acestuia, conform detaliilor menţionate mai jos. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.
- ✓ În maximum 30 (treizeci) de zile de la data la care alocarea bonusului a devenit eligibilă, Societatea va trimite către Titular o comunicare pentru a îl înștiinţa că Asiguratul este eligibil pentru acordarea acestui bonus. Titularul este responsabil să transmită Societăţii datele bancare ale Asiguratului în vederea efectuării plăţii, într-un format stabilit de Societate la momentul respectiv. Comunicarea se va efectua conform articolului "Comunicări" din condiţiile contractuale ale planului de bază.

b) Poliţa are atașată o componentă de investiţii:

- ✓ Bonusul pentru 0 despăgubiri va fi automat alocat în contul suplimentar de investiţii, atașat componentei de investiţii. Titularul va fi notificat în acest sens în maximum 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data alocării bonusului. Comunicarea se va efectua conform articolului *"Comunicări"* din condiţiile contractuale ale planului de bază.
- ✓ Asiguratul are dreptul să încaseze oricând valoarea acestui cont suplimentar, taxele de răscumpărare pentru respectivul cont suplimentar fiind nule.
- ✓ Detalii despre alocarea și răscumpărarea bonusului în/ din contul suplimentar de investiţii se regăsesc în condiţiile contractuale ale "Componentei de investiţii Invest Extra", puse la dispoziţie de către Asigurător împreună cu prezentul document.

Bonusul pentru co-Asigurat

- ✓ Bonusul pentru 0 despăgubiri va fi plătit co-Asiguratului în contul bancar al acestuia, conform detaliilor menţionate mai jos. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.
- ✓ În maximum 30 (treizeci) de zile de la data la care alocarea bonusului a devenit eligibilă, Societatea va trimite către Titular o comunicare pentru a îl înștiinţa că co-Asiguratul este eligibil pentru acordarea acestui bonus. Titularul este responsabil să transmită Societăţii datele bancare ale co-Asiguratului în vederea efectuării plăţii, într-un format stabilit de Societate la momentul respectiv. Comunicarea se va efectua conform articolului *"Comunicări"* din condiţiile contractuale ale planului de bază.

5.3. Acest beneficiu va fi acordat de către Societate atât timp cât contractul suplimentar de asigurare rămâne în vigoare.

5.4. Bonusul se va calcula luând în considerare inclusiv primele indexate.

5.5. Alocarea Bonusului pentru 0 despăgubiri va ţine cont și de următoarele reguli specifice:

a) Dacă decesul Asiguratului/ co-Asiguratului are loc înainte de data alocării bonusului pentru 0 despăgubiri, dar notificarea evenimentului către Societate a avut loc după alocarea bonusului, Societatea va reţine valoarea bonusului alocat din valoarea de despăgubire/ indemnizaţia de asigurare plătibilă.

b) Dacă, la data la care alocarea bonusului devine eligibilă, poliţa de asigurare este în perioada de graţie și prima de asigurare nu a fost plătită, bonusul va fi acordat de către Societate după plata integrală a primei de asigurare de către Titularul contractului.

ARTICOLUL 6 - Indexarea contractului suplimentar de asigurare

6.1. Opţiunea de indexare are scopul de a proteja beneficiile contractului suplimentar de asigurare împotriva inflaţiei, în conformitate cu prevederile prezentului articol. De asemenea, opţiunea de indexare pentru acest contract suplimentar de asigurare poate fi oferită doar dacă Titularul poliţei acceptă indexarea asigurării de bază la care este atașat acest contract suplimentar.

6.2. Societatea poate propune o rată de indexare a primei suplimentare de asigurare pentru a fi aplicată începând cu următoarea aniversare a contractului. Cu toate acestea, Societatea își rezervă dreptul de a suspenda orice indexare sau de a propune indexarea în condiţii speciale.

6.3. În cazul acceptării ofertei de indexare ce a fost trimisă de Societate înainte de data aniversării pentru acest contract suplimentar, nu este nevoie de o evaluare suplimentară a stării de sănătate a Titularului/ Asiguratului, ci doar plata primei indexate.

6.4. Procesul de indexare are la bază următoarele noţiuni importante:

a) **Rata indexării** - primele acestui contract suplimentar de asigurare vor crește cu un procent denumit “index”. Acest index va fi calculat în fiecare an de Societate și se va aplica tuturor contractelor de asigurare cu data aniversării cuprinsă între 1 ianuarie și 31 decembrie a anului următor.

b) **Stabilirea primei de asigurare indexate pentru contractul suplimentar** - Societatea va stabili prima indexată pentru contractul suplimentar de asigurare prin aplicarea indexului la prima suplimentară de asigurare plătită în anul anterior. Odată cu acceptarea indexării de către Titular, toate prevederile prezentului document care fac referire la prima suplimentară de asigurare, se vor referi la prima suplimentară de asigurare indexată.

c) **Stabilirea Sumei Asigurate indexate** - în urma indexării, Suma Asigurată pentru Decesul din orice cauză va crește, luând în considerare vârsta Asiguratului la momentul indexării, prima suplimentară de asigurare indexată, durata rămasă până la maturitatea contractului suplimentar, precum și tabelele de mortalitate specifice produsului. Odată cu acceptarea indexării de către Titular, toate prevederile prezentului document ce fac referire la Suma Asigurată, se vor referi la Suma Asigurată indexată.

Să presupunem că un client în vârstă de 35 de ani, încheie o asigurare pentru riscul de Deces din orice cauză, pe o perioada de 10 ani. Acesta optează pentru o Sumă Asigurată de 100,000 Lei, pentru care plătește o primă anuală de 840 Lei.

1. **Prima indexare:** rata de indexare este de 8%
   - Prima de asigurare indexată = Prima de asigurare inițială * (1 + rata de indexare) = 840,00 Lei * 1.08 = 907,2 Lei
   - Creșterea de primă = 907,2 Lei – 840,00 Lei = 67,2 Lei
   - **Creșterea de Sumă Asigurată**, **generată de creșterea de primă**, va lua în calcul noua vârstă a Asiguratului (36 de ani), precum și durata rămasă până la maturitatea contractului (9 ani): 7.636,36 Lei

   Astfel, **noua primă de asigurare** este de 907,2 Lei și **noua Sumă Asigurată** este de 107.636,36 Lei.

2. **Indexările ulterioare:** rata de indexare este de 8%
   - Prima de asigurare indexată = Prima de asigurare din anul precedent * (1 + rata de indexare) = 907,2 * 1,08 = 979,78 Lei
   - Creșterea de primă = 979,78 Lei - 907,2 Lei = 72,57 Lei
   - **Creșterea de Sumă Asigurată, generată de creșterea de primă**, va lua în calcul noua vârstă a Asiguratului (37 de ani), precum și durata rămasă până la maturitatea contractului (8 ani): 10.087,11 Lei

Astfel, **noua primă de asigurare** este de 979,78 Lei și **noua Sumă Asigurată** este de 117.723,47 Lei.

d) **Data intrării în vigoare a indexării:** indexarea anuală va intra în vigoare la fiecare aniversare a contractului suplimentar și va fi valabilă începând cu data primei plăţi indexate. Oferta de indexare se va considera acceptată de către Titularul asigurării prin plata primei indexate propusă de Societate.

ARTICOLUL 7 - Excluderi aplicabile riscului de deces din orice cauză

7.1. Acest contract de asigurare nu va oferi nicio despăgubire dacă evenimentul asigurat este cauzat direct sau indirect de accidente, respectiv îmbolnăviri:

- cauzate ca urmare a oricărei condiţii preexistente;
- cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim, aerian) sau al unui accident de muncă;
- cauzate de consumul excesiv de alcool, alcoolism, orice afecţiuni cronice etanolice (de exemplu, dar fără a se limita la: ciroza hepatică etanolică);
- cauzate sau provocate intenţionat de către Beneficiar, în cazul în care despăgubirea îi revine Beneficiarului;
- cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepţia copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- cauzate de participarea Asiguratului la orice competiţie implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflaţi în zona rezervată vizionării curselor;
- cauzate de zborul Asiguratului ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparţine unei societăţi de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri, pe rute programate, regulate și publicate;
- cauzate de participarea Asiguratului la săvârșirea unei infracţiuni;
- cauzate de participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/ SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- cauzate de practicarea sau utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, balon cu aer, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca și pasager.

7.2. Sinuciderea

7.2.1. În cazul în care Asiguratul se sinucide pe **durata primilor 2 ani de la data intrării/ repunerii în vigoare** a prezentului contract suplimentar, indiferent de starea sa de sănătate mentală, Societatea va restitui Titularului **suma primelor** care au fost plătite pentru acoperirea riscului de deces din orice cauză, după reţinerea oricăror sume datorate de către acesta.

7.2.2. În cazul în care Asiguratul se sinucide **după 2 ani de la data intrării/ repunerii în vigoare** a prezentului contract suplimentar, Societatea va plăti **Suma Asigurată** corespunzătoare acoperirii riscului de deces din orice cauză.

7.2.3. În cazul în care în ultimii 2 ani anteriori sinuciderii a avut loc o majorare a Sumei Asigurate, Societatea va plăti Suma Asigurată valabilă înainte de majorare, precum și creșterile de primă ce au susţinut această majorare.

7.3. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

ARTICOLUL 8 - Asigurarea pe timp de război

8.1. Acest contract suplimentar oferă acoperire Asiguratului, în calitatea sa de civil, împotriva riscurilor de război.

8.2. Pe timp de pace, asigurarea este valabilă și pe durata în care Asiguratul prestează serviciul militar.

8.3. Pe toată perioada în care este declarată stare de mobilizare sau de război și dacă Asiguratul este mobilizat sau este concentrat, acestui contract suplimentar de asigurare i se vor aplica următoarele reguli:

- în primii 2 (doi) ani de la emitere sau de la repunerea în vigoare, efectele acestei asigurări se suspendă (nu se va plăti nicio despăgubire pentru evenimentele ce au avut loc în perioada de suspendare).
- după 2 (doi) ani de la emitere sau de la repunerea în vigoare, se oferă în continuare deplină acoperire prin această asigurare și nu se aplică nicio suspendare a contractului suplimentar.

8.4. În situaţia decesului Asiguratului în timpul perioadei de suspendare, Societatea va rambursa Titularului primele plătite pentru acest contract suplimentar de asigurare.

8.5. Contractul suplimentar de asigurare va putea fi repus în vigoare la sfârșitul perioadei de suspendare. Pentru repunerea în vigoare, Titularul va trebui:

a) să prezinte documente prin care Societatea să poată reevalua starea de sănătate a Asiguratului și condiţiile de asigurare, precum și

b) să plătească primele restante pentru perioada de suspendare.

ARTICOLUL 9 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor/ a despăgubirilor

9.1. Societatea va fi notificată în scris sau prin platforma online e-Claims (ce poate fi accesată pe site-ul www.metropolitanlife.ro, în secţiunea „Despăgubiri”), cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract suplimentar de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile, Societatea își rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului notificat.

9.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării sau, după caz, de către Beneficiarul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Beneficiarilor. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Beneficiarilor asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

9.3. Documentaţia necesară va fi transmisă Societăţii în limba română (documentele în altă limbă vor fi transmise în copie legalizată și în variantă tradusă de un traducător autorizat de Ministerul de Justiţie). Suplimentar, Societatea poate solicita oricând documente suplimentare în original, în vederea clarificării împrejurărilor în care s-a petrecut evenimentul asigurat.

9.4. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) Formularul de solicitare a indemnizaţiei „Cerere de despăgubire în caz de accident sau de îmbolnăvire”;

b) Formularul „Declaraţia medicului în caz de accident sau îmbolnăvire”, semnat și parafat de către medic;

c) Copia legalizată a certificatului de deces;

d) Copia certificatului medical constatator de deces;

e) Copii ale documentelor medicale privind evenimentul asigurat, după caz: rezultatele analizelor medicale, bilet(e) de ieșire din spital, alte documente relevante privind evenimentul suferit (originalul după care se face copia trebuie să fie parafat de instituţia medicală emitentă și semnat de către medicul curant și să includă antetul instituţiei emitente), copia fișei medicale emisă de medicul de familie;

f) Copia raportului poliţiei cu circumstanţele producerii evenimentului și rezultatul alcoolemiei;

g) Documente legale care să stabilească identitatea Beneficiarilor;

h) Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită să primească suma cuvenită din despăgubire;

i) Orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

9.5. În cazul decesului Asiguratului, Societatea are dreptul, pe propria cheltuială, să solicite o examinare post mortem a decedatului. Beneficiarul sau reprezentanţii legali ai acestuia sunt obligaţi să prezinte dovada decesului, care poate fi certificatul de deces (copie legalizată) sau dovada decesului prezumtiv (copie legalizată), în caz de dispariţie. Dacă Asiguratului dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, aceste situaţii se pot asimila decesului persoanei Asigurate, numai dacă există în acest sens, o hotărâre definitivă a unei instanţe judecătoreşti.

9.6. Societatea poate solicita în numele Asiguratului diverse documente suplimentare de la instituţii medicale, dacă documentele furnizate de către familie nu sunt concludente.

9.7. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Societatea va efectua plata indemnizaţiilor de asigurare în termen de maximum 30 zile calendaristice de la data la care documentaţia solicitată este completă. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

9.8. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea are dreptul să respingă solicitarea de despăgubire și să rezilieze unilateral contractul de asigurare, în condiţiile prevăzute la articolul *"Încetarea contractului suplimentar de asigurare"*.

9.9. Plata despăgubirii se va efectua de către Societate, în moneda contractului de asigurare, conform indicaţiilor Beneficiarilor/ a moștenitorilor legali, direct în contul bancar al acestora (din România sau din străinătate).

9.10. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, ce a avut loc în perioada de graţie, prima scadentă va fi scăzută din valoarea despăgubirii.

9.11. Pentru plata despăgubirii urgentate în valoare de 3.000 Lei în caz de deces, persoanele îndreptăţite să primească suma vor transmite Societăţii de Asigurări:

- Copia legalizată a certificatului de deces;
- Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită să primească suma cuvenită din despăgubire.

În maximum 48H de la primirea certificatului de deces, Societatea de Asigurări va plăti suma de 3.000 Lei în contul bancar menţionat în extras.

9.12. În cazul în care Asiguratul a menţionat Beneficiari în poliţa de asigurare, doar persoanele incluse în lista pot înainta cererea de despăgubire urgentată.

9.13. În cazul în care procentul de beneficiu desemnat de către Asigurat pentru beneficiarul ce înaintează cererea de despăgubire urgentată rezultă într-o suma inferioară valorii de 3.000 Lei, suma finală ce va fi plătită va fi limitată la valoarea desemnată de către Asigurat.

9.14. Plata acestei sume va fi efectuată o singură dată indiferent de numărul de solicitări primite și va fi plătită către beneficiarii desemnaţi în cererea de asigurare sau într-o solicitare transmisă ulterior.

9.15. Suma de 3.000 Lei va fi dedusă din suma finală pe care beneficiarii urmează să o primească în urma analizei despăgubirii în conformitate cu procentul desemnat de către Asigurat.

9.16. În cazul în care în urma evaluării dosarului complet de despăgubire se constată că evenimentul nu este acoperit prin condiţiile contractului de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și recupera de la beneficiari suma de 3.000 Lei încasată.

9.17. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

ARTICOLUL 10 - Încetarea contractului suplimentar de asigurare

10.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta fără intervenţia instanţelor judecătoreşti, în următoarele cazuri:

a) de drept la data decesului Asiguratului;

b) de drept la data maturităţii contractului suplimentar de asigurare;

c) prin neplata primei de asigurare pentru acest contract suplimentar până la sfârşitul perioadei de graţie, singura excepţie fiind în cazul în care prezentul contract suplimentar este ataşat unei asigurări de viaţă cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked/ cu componentă investiţională, cărora li se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

d) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile asigurării de bază, în cazul în care prezentul contract suplimentar este ataşat unei asigurări de viaţă cu valoare de răscumpărare;

e) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

f) în cazul în care Titularul asigurării refuză modificarea/ ajustarea primei de asigurare, conform prevederilor articolului *"Prevederi generale"*;

g) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi şi cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare şi semnătura Titularului asigurării şi transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

h) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, printr-o notificare scrisă, transmisă cu 20 de zile calendaristice înainte de data scadentă. În acest caz, contractul suplimentar va înceta începând cu sfârşitul perioadei acoperite de ultima primă de asigurare plătită.

10.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum şi obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă de asigurare pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna Titularului valoarea acesteia/ acestora.

ARTICOLUL 11 - Modificarea Sumei Asigurate

11.1. Suma Asigurată pentru acest contract suplimentar de asigurare se poate modifica **începând cu a treia aniversare a contractului**, printr-o solicitare scrisă şi semnată de către Titularul asigurării, primită de Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea datei de aniversare a contractului şi numai cu aprobarea solicitării de către Societate şi plata primei de asigurare modificate de către Titular.

11.2. În cazul majorării Sumei Asigurate, Societatea poate solicita dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii şi al condiţiilor de asigurare. Odată cu solicitarea trimisă de către Titular, este necesar ca acesta să plătească şi noua primă de asigurare majorată.

11.3. În cazul micşorării Sumei Asigurate, noua Suma Asigurată va trebui să respecte pragul minim impus de către Societate, valabil la momentul solicitării.

11.4. La momentul emiterii acestui contract suplimentar de asigurare, Suma Asigurată minimă pentru beneficiul de Deces din orice cauză este de 25.000 Lei. Acest prag minim poate varia de-a lungul contractului de asigurare, valoarea lui actualizată putând fi accesată pe website-ul Societăţii.

11.5. Modificarea Sumei Asigurate pentru acest contract suplimentar este valabilă doar dacă a fost solicitată printr-o solicitare scrisă şi ulterior aprobată de către Societate. Orice document ce confirmă o astfel de modificare va fi ataşat poliţei.

ARTICOLUL 12 - Repunerea în vigoare a contractului suplimentar de asigurare

12.1. Contractul suplimentar de asigurare poate fi repus în vigoare în interval de 3 (trei) ani de la prima dată scadentă a primei neachitate, dacă prezenta acoperire mai este oferită de Societate.

12.2. Pentru repunerea în vigoare a contractului suplimentar sunt necesare următoarele:

a) trimiterea unei cereri de repunere în vigoare, în formatul standard oferit de Societate, scrisă și semnată de către Titularul asigurării și de către Asigurat. Societatea va reevalua Asiguratul din punct de vedere financiar, medical și ocupațional, în vederea stabilirii condițiilor de preluare în asigurare a riscului asigurat;

b) plata primelor de asigurare restante, atât pentru prezentul contract suplimentar de asigurare, cât și pentru planul de asigurare de bază.

12.3. La repunerea în vigoare a contractului suplimentar de asigurare, Societatea va lua în considerare pragurile minime pentru primele de asigurare și Sumele Asigurate, disponibile la momentul respectiv.

12.4. Societatea nu va plăti nicio solicitare de despăgubire pentru evenimente produse în perioada în care acoperirea prin asigurare nu a fost valabilă (perioada cuprinsă între data expirării perioadei de grație și data repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare).

ARTICOLUL 13 - Mențiuni suplimentare în situația decesului Beneficiarului

13.1. Dacă Beneficiarul decedează înaintea sau în același timp cu Asiguratul, drepturile sale sunt transferate proporțional celorlalți Beneficiari desemnați sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, dacă nu sunt desemnați alți Beneficiari.

13.2. Dacă Beneficiarul decedează după decesul Asiguratului, dar înainte ca beneficiul să fie plătit acestuia, drepturile sale sunt transferate asupra moștenitorilor legali ai Beneficiarului, dacă nu se precizează altfel.

ARTICOLUL 14 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare

14.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului/ planului de bază la care este anexat, iar condițiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepția articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

14.2. Următoarele articole și paragrafe ale condițiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. “Răscumpărarea contractului de asigurare”

b. “Dreptul la beneficiul investițional din investirea valorii de răscumpărare”.

Contract suplimentar

Fracturi și arsuri din accident (A613)

Definiţii:

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acţiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Asigurat: este persoana în favoarea căreia se încheie asigurarea, al cărei nume este specificat în poliţa de asigurare sau într-o anexă și a cărei stare de sănătate face obiectul prezentului contract suplimentar de asigurare;

Beneficiar: este persoana desemnată să încaseze beneficiile plătibile în baza prezentului contract suplimentar.

Arsură: distrugerea integrităţii structurii pielii cauzată de contactul cu surse de energie termică (agenţi la temperaturi înalte sau scăzute), agenţi chimici, curent electric.

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări. Condiţia preexistentă se aplică conform prezentelor condiţii contractuale în primii 10 ani de la data intrării în vigoare/repunerii și timp de 10 ani de la creșterea sumei asigurate pentru surplusul de sumă.

Co - Asigurat: soţul/soţia/ părinţii Asiguratului major sau părinţii Asiguratului minor care sunt menţionati în cererea de asigurare sau într-o anexă la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include și noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Excluderi: situaţii în care Asigurătorul nu datorează indemnizaţia de asigurare, deși s-a produs riscul asigurat.

Indemnizaţia de asigurare sau despăgubirea: suma care va fi plătită de Asigurător în urma producerii evenimentului asigurat. Indemnizaţia de asigurare se va calcula în funcţie de sumele asigurate pentru beneficiile prevăzute în poliţa de asigurare.

Fractură: leziune traumatică a osului, identificată medical, cauzată de un accident.

Fractură patologică: orice fractură într-o zonă afectată de un alt proces patologic care a cauzat slăbirea osului, inclusiv dar nu restricţionat la tumori, infecţii, boli de oase moștenite sau metabolice.

Fractură deschisă: fractură a osului unde osul rupe pielea.

Fractură completă: fractură prin care fragmentele de oase sunt complet separate.

Fractură multiplă: fractura unui os în mai multe locuri, dar care nu este o fractură din care rezultă mai multe fragmentări.

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Vătămare corporală: fracturi sau arsuri detectabile din punct de vedere medical, cauzate de un accident, cu condiţia ca acesta să fi avut loc în perioada de valabilitate a prezentei acoperiri individuale.

Articolul 1 - Prevederi generale:

1.1. Acest contract suplimentar este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului și constituie o parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat și este valabil numai dacă numele său este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.2. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime de asigurare a prezentului contract suplimentar, transmiterea unei solicitări în formatul stabilit de Societate și a oricăror alte documente pe care Compania le consideră a fi necesare, precum și acceptul Companiei pentru încheierea prezentului contract.

1.3. În afara Asiguratului, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/ soţiei/ părinţilor Asiguratului major și părinţilor Asiguratului minor, conform opţiunii Titularului, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.4. Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare aferente acestui contract suplimentar, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă a contractului suplimentar de asigurare.

1.5. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar:

2.1. Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior. Prima de asigurare aferentă prezentului contract suplimentar se va adauga la prima totală a contractului, care se plătește integral de către Titular, la fiecare dată scadentă, conform frecvenţei de plată specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă emisă ulterior.

Articolul 3 - Durata de valabilitate a contractului suplimentar:

3.1. Vârsta Asiguratului la data încheierii/ repunerii în vigoare a contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între 0 - 64 ani. Contractul expiră la prima dintre următoarele două momente: următoarea aniversare după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 65 (șaizeci și cinci) de ani sau la data maturităţii asigurării de baza în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

Articolul 4 - Beneficii:

Riscurile asigurate de prezentul contract suplimentar sunt:

- fracturile ca urmare a unui accident și
- arsurile ca urmare a unui accident, ce survin pe parcursul perioadei de valabilitate a asigurării.

Articolul 5 - Scopul asigurării:

5.1. Societatea va plăti Asiguratului o indemnizaţie de asigurare, calculată conform Tabelului de plăţi aferent acestui contract suplimentar, dacă în urma unui Accident, Asiguratul suferă o fractură sau o arsură.

5.2. Beneficiul total per eveniment ce va fi plătit Asiguratului, ca urmare a unui accident, în urma căruia acesta a suferit mai multe tipuri de fracturi sau arsuri, se va calcula adăugând fiecare procent aferent tipului de fractură/arsură, conform Tabelului de plăţi. Beneficiul total astfel calculat nu va putea depăși suma totală asigurată prevăzută în poliţa de asigurare pentru acest contract suplimentar.

5.3. Pentru cazurile de fracturi/arsuri care nu sunt specificate în tabelul de plăţi, suma ce va fi plătită va fi determinată de Societate prin analogie cu o fractură/ arsură specificată în tabel, de gravitate comparabilă după aprecierea Societăţii, cu excepţia cazului în care acea arsură/ fractură este exclusă în mod explicit din prezentele condiţii de asigurare.

5.4. Societatea își rezervă dreptul de a apela la un medic specializat pentru efectuarea unui examen medical al Asiguratului în vederea determinării tipului și gravităţii fracturii/arsurii declarate de către Asigurat. Cheltuielile generate de examinarea medicală specificată în acest articol vor fi suportate de Societate.

5.5. În caz de deces al Asiguratului, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit Asiguratului, conform prevederilor prezentului contract suplimentar, va fi plătit Beneficiarilor sau moștenitorilor legali, conform condiţiilor asigurării de bază . În cazul decesului Asiguratului vor trebui furnizate documente doveditoare în conformitate cu prevederile condiţiilor asigurării de bază.

Articolul 6 - Încetarea contractului suplimentar

6.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta, fără intervenţia instanţelor judecătorești, în următoarele cazuri:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârșitul perioadei de grație (așa cum aceasta este definită în termenii și condițiile asigurării de viață de bază). Singura excepție este în cazul în care prezentul contract suplimentar este atașat unei asigurări de viață de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opțiunile valabile în eventualitatea întreruperii plății primelor;

d) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condițiile generale ale asigurării de bază;

e) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

f) prin reziliere în cazurile prevăzute în prezentul contract suplimentar;

g) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 65 (șaizeci și cinci) de ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă sa fie în vigoare;

h) de drept la data decesului Asiguratului.

6.2. La încetarea contractului suplimentar, obligația Titularului de plată a primei, precum și obligația Societății de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

Articolul 7 - Excluderi:

7.1. Asigurarea de fracturi și arsuri nu se aplică în cazul consecințelor de mai jos:

- orice condiție preexistentă;
- ocazionate de război sau război civil;
- cauzate sau provocate intenționat de către Asigurat;
- cauzate de folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanțe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- cauzate de consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim,aerian) sau al unui accident de muncă;
- consecințe ale tentativei de sinucidere a Asiguratului indiferent de starea mintală;
- cauzate de participarea Asiguratului la orice sport profesionist, cu excepția copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- cauzate de participarea Asiguratului la orice competiție implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian, inclusiv testele și pregătirea; această excludere nu se aplică spectatorilor aflați în zona rezervată vizionării curselor;
- zborul Asiguratului, ca pasager într-un aparat de zbor care nu aparține unei societăți de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri plătitori, pe rute programate, regulate și publicate;
- participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- participarea Asiguratului la săvârșirea unei infracțiuni;
- practicarea sau utilizarea de către Asigurat, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

7.2. Societatea nu va rambursa, indemniza și deveni răspunzătoare pentru nicio pretenție referitoare la:

- orice îmbolnăvire sau afecțiune, directă sau indirectă cu evoluție lentă, condiție apărută natural sau proces degenerativ; osteoporoză (porozitatea și friabilitatea oaselor datorate pierderii proteinelor din matricea osoasă) sau fractură patologică, dacă osteoporoza sau orice altă afecțiune osoasă a fost diagnosticată înainte de data intrării în vigoare a prezentului contract suplimentar;
- fracturi de stres.

7.3. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire şi nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 8 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor:

8.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract suplimentar de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile Societatea își rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat.

8.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Titularului asigurării. Toate costurile legate de obţinerea şi furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Titularului asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

8.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente:

a) Formularul de solicitare a indemnizaţiei „Cerere de despăgubire în caz de accident sau de îmbolnăvire;

b) Formularul „Declaraţia medicului în caz de accident sau îmbolnăvire”, semnat și parafat de către medic;

c) Copii ale documentelor medicale privind intervenţia chirurgicală: rezultatele analizelor medicale, bilet(e) de ieșire din spital, alte documente relevante privind evenimentul suferit (originalul după care se face copia trebuie să fie parafat de instituţia medicală emitentă și semnat de către medicul curant și să includă antetul instituţiei emitente);

d) Copia raportului poliţiei cu circumstanţele producerii evenimentului;

e) Extrasul de cont bancar al persoanei îndreptăţită sa primească suma cuvenită din despăgubire;

f) Orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire.

8.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru orice tip de examinare medicală, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate.

8.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Societatea va efectua plata indemnizaţiilor de asigurare în termen de 30 zile calendaristice de la data la care documentaţia solicitată este completă. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

8.6. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare, în condiţiile prevăzute la articolul “Încetarea asigurării”.

8.7. Plata tuturor indemnizaţiilor se va efectua de Societate, conform indicaţiilor Asiguratului sau Beneficiarului direct în contul acestuia (aflat în România sau în străinătate).

8.8. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, ce a avut loc în perioada de graţie, prima scadentă va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu prezentul contract de asigurare.

8.9. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asiguratorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asiguratorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 9 - Modificarea sumei asigurate

9.1. Suma asigurată prevăzută în prezentul contract suplimentar de asigurare poate fi modificată în urma unei solicitări scrise a Titularului, înregistrată de către Societate cu treizeci (30) de zile înaintea datei de aniversare a contractului și numai cu aprobarea acestei modificări de Societate.

9.2. În cazul majorării sumei asigurate, Societatea își rezervă dreptul de a solicita dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii și al condiţiilor de asigurare, fiind necesar ca Titularul să plătească noua primă de asigurare majorată.

9.3. Nicio modificare a sumei asigurate aferente contractului de asigurare nu este valabilă decât dacă a fost făcută în scris. Orice document ce confirmă o astfel de modificare va fi atașat poliţei.

Articolul 10 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare de bază:

10.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

10.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. „Sinuciderea”

b. „Schimbarea planului de asigurare”

c. „Opţiuni în eventualitatea întreruperii plăţii primelor”, paragraful “Asigurarea cu Sumă Asigurată Redusă”

d. „Răscumpărarea contractului de asigurare”

e. „Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”

f. “Opţiuni de plată a beneficiilor”

Tabele de plăţi

Plăți pentru fracturi

(procent din Suma Asigurată)

Tipul de Fractură		Procent (%)
Fracturi ale pelvisului (excluzând coccisul)	Fracturi multiple (cel puţin una deschisă și una completă)	100
	Toate celelalte tipuri de fracturi deschise	50
	Fracturi multiple, cel puţin una completă	30
	Fracturi simple închise	20
Fracturi ale femurului și calcaneului	Fracturi multiple (cel puţin una deschisă și una completă)	50
	Toate celelalte fracturi deschise	40
	Fracturi multiple, cel puţin una completă	30
	Fracturi simple închise	18
Fracturi ale bazei craniului		50
Fracturi ale tibiei, humerusului și radiusului, încheietura mâinii	Fracturi multiple (cel puţin una deschisă și una completă)	40
	Toate celelalte fracturi deschise	30
	Fracturi multiple, cel puţin una completă	20
	Fracturi simple închise	15
Fracturi ale maxilarului și mandibulei, maleolelor internă și externă și ale ulnei	Fracturi multiple (cel puţin una deschisă și una completă)	30
	Toate celelalte fracturi deschise	20
	Fracturi multiple, cel puţin una completă	16
	Fracturi simple închise	10
Fracturi ale omoplatului, claviculei, sternului, oaselor tarsiene și metatarsiene	Fracturi deschise	20
	Fracturi închise	13
Fracturi ale coloanei vertebrale (exceptând coccisul)	Toate fracturile de comprimare	20
	Toate fracturile apofizelor spinoase, proceselor transversale sau fracturi de pedicul vertebral	7
Fracturi ale osului frontal, temporal, parietal sau occipital	cu implicarea unor fragmente osoase	30
	fără implicarea unor fragmente osoase	10
Fracturi ale uneia sau mai multor coaste, oase faciale, coccisul, peroneului (exceptand maleolele)	Fracturi multiple (cel puţin una deschisă și una completă)	16
	Toate celelalte fracturi deschise	12
	Fracturi multiple, cel puţin una completă	8
	Fracturi simple închise	5
Fracturi ale degetelor de la mână sau de la picior	Fracturi deschise	5
	Fracturi închise	3

Plăți pentru arsuri

(procent din Suma Asigurată)

Număr formular: A613

Tip de Arsură	Procent (%)
Arsuri ale pielii acoperind 27% sau mai mult din suprafaţa corpului (Gradul 2 sau 3)	100
Arsuri ale pielii acoperind între 18-26% din suprafaţa corpului (Gradul 2 sau 3)	60
Arsuri ale pielii acoperind între 9-17% din suprafaţa corpului (Gradul 2 sau 3)	30
Arsuri ale pielii acoperind între 4,5-8% din suprafaţa corpului (Gradul 2 sau 3)	16

Contract suplimentar

Telediagnostic - a doua opinie medicală - Consult medical în caz de îmbolnăvire a Asiguratului (H101)

a) Societatea va plăti costurile consultării Asiguratului în caz de producere a unei boli specificate la punctul f) din prezentul contract și care s-a produs după intrarea în vigoare a asigurării în baza prezentului contract, caz în care Asiguratul solicită reprezentantului Consorţiului furnizarea consultului medical, la care are dreptul conform prezentului contract. Consulturile medicale sunt asigurate de specialiștii Consorţiului și vizează sprijinirea Asiguratului și asistarea medicului care îl îngrijește în stabilirea diagnosticului și a protocoalelor de tratament.

b) Consultul medical include:

1) o opinie în scris din partea unui specialist al Consorţiului avizat de reprezentantul Consorţiului autorizat conform legii române,

2) o interpretare pentru CT (computer tomograf), RMN (rezonanţă magnetică nucleară), raze X, ultrasunete, alte studii radiologice sau de patologie,

3) un consult ulterior de monitorizare, dacă este necesar. În cazul în care Asiguratul solicită rapoarte adiţionale de diagnosticare/consult sau prezintă întrebări suplimentare în termen de treizeci (30) de zile de la primirea opiniei iniţiale de consult medical care este specificată la punctul b1) și b2) de mai sus, acestă solicitare va fi considerată un consult de monitorizare, fiind parte din consultul medical iniţial,

4) un plan de tratament recomandat de specialiștii Consorţiului și avizat de reprezentantul Consorţiului autorizat conform legii române. Cazurile pot include investigaţii clinice și paraclinice, după caz,

5) o convorbire telefonică în limba engleză, dacă este cazul în opinia Societăţii, între medicul Asiguratului și specialistul Consorţiului.

c) Dacă sunt transmise mai multe studii ale aceleiași regiuni anatomice utilizând același procedeu în legătură cu aceeași problemă medicală, va fi analizat cel mai recent studiu. Toate celelalte studii ale aceleiași regiuni anatomice utilizând același procedeu prezentate în termen de treizeci (30) de zile de la opinia medicală iniţială vor fi considerate studii comparative și nu vor fi privite ca o cerere nouă de consult.

Întrebările sau cererile suplimentare de informaţii adiţionale înaintate în termen de peste treizeci (30) de zile de la opinia medicală iniţială sau în afara obiectului consultului și opiniei iniţiale vor fi considerate o cerere nouă de Consult.

d) Numărul de cereri pentru consult este limitat la maximum:

1) două (2) pe durata unui an de asigurare;

2) șase (6) pe întreaga perioadă de valabilitate a contractului, în cazul în care contractul este reînnoit.

e) Procesarea și transmiterea de date medicale furnizate de Asigurat și medicul care îl îngrijește și întreţinerea (păstrarea) reţelei de spitale a Consorţiului și de specialiști medicali care vor asigura consulturi în baza prezentului contract sunt responsabilitatea deplină a Consorţiului, respectiv a reprezentantului acestuia autorizat conform legii române. Societatea nu își asumă nicio răspundere pentru conformitatea studiilor realizate de specialiștii, respectiv de reprezentanţii autorizaţi ai Consorţiului.

f) Asiguratul are dreptul de a primi consultări pentru următoarele stări medicale grave, acute sau complicaţii ale acestora:

1) Cancer

2) Infarct miocardic (IM)

3) Boală coronariană ce necesită chirurgie cardiacă

4) Comă

5) Accident vascular cerebral (AVC)

6) Scleroză multiplă

7) Paralizie

8) Bronhopneumopatie cronică bbstructivă

9) Emfizem

10) Boală inflamatorie intestinală (Boală Crohn, Rectocolită ulcerohemoragică)

11) Hepatopatie cronică (Hepatită cronică, Ciroză hepatică)

12) Insuficienţă renală

13) Durere cronică pelvină, Boală inflamatorie pelvină (boală anexială)

14) Diabet zaharat

15) Tromboflebită și Embolie pulmonară (Tromboembolism pulmonar)

16) Amputaţie

17) Poliartrită reumatoidă

18) Melanom malign

19) Arsuri majore

20) Orbirea bruscă datorată unor afecţiuni

21) Transplant de organe majore (inimă, cord-pulmon, ficat, rinichi, transplant de măduvă osoasă hematogenă)

22) Boli neurodegenerativă

23) Condiţii patologice ameninţătoare de viaţă

g) Documentaţia necesară solicitărilor de despăgubire:
Cererea de consult în baza prezentului contract va fi realizată de către Asigurat sau medicul care îl îngrijește prin contactarea Societăţii, care va trimite cererea de consult către reprezentanţii Consorţiului din România. Reprezentantul autorizat al Consorţiului va specifica Asiguratului sau medicului care îl îngrijește procedura ce trebuie urmată, ce evidenţe medicale sunt necesare și va pune la dispoziţie toate formularele și ajutorul necesar Asiguratului să solicite consulturile specificate mai sus. Reprezentantul autorizat al The WorldCare International Ltd. va răspunde de obţinerea traducerii în limba engleză a evidenţelor medicale furnizate de Asigurat în limba română

și de traducerile în limba română și a avizului reprezentantului autorizat asupra opiniei rezultate în urma consultului sus menţionat.

1) Cererea de consult → transmisă de către Asigurat/ medicul acestuia → către Societate → Societatea transmite cererea către Reprezentanţii Consorţiului din România;

2) Reprezentanţii Consorţiului din România (The WorldCare International Ltd.) → transmit către Asigurat/ medicul acestuia procedura ce trebuie urmată (inclusiv traducerea în limba engleză a documentelor);

3) Reprezentanţii Consorţiului din România trimit documentele primite și traduse către Consorţiu (The WorldCare International Ltd.);

4) Reprezentantul Consorţiului din România → transmite către Asigurat/ medicul acestuia răspunsul solicitării de Telediagnostic (A doua opinie medicală), inclusiv traducerea din limba engleză în limba română a rezultatului.

h) Consulturile acordate în baza prezentului contract sunt asigurate de reprezentanţii Consorţiului, autorizaţi conform legii române. Realizarea consulturilor este responsabilitatea exclusivă a Consorţiului WorldCare, prin reprezentanţii autorizaţi ai acestuia. Societatea nu își asumă nicio răspundere și nu va fi trasă la răspundere pentru erorile sau omisiunile Consorţiului apărute în acordarea consulturilor sus menţionate.

i) Asigurarea Telediagnostic încetează de drept, automat, în momentul încheierii colaborării dintre Societatea de asigurărișsi Consorţiu, cu excepţia cazului în care Consorţiul este înlocuit de o altă reţea de medici specialiști care va continua prestarea acestor servicii. În cazul înlocuirii, noua reţea de medici specialiști va fi anunţată de Societate pe site-ul propriu.

Serviciu medical complementar

Telemedicină - Consiliere medicală la distanţă (H103)

Articolul 1. Definiții

1.1. Partener: Telios Care SA, accesând platforma online www.telios.ro/metropolitanlife și portal.telios.ro, care oferă Serviciile de Telemedicină. De asemenea aceste servicii pot fi accesate și sunând la numărul de telefon: 0373 787 800

1.2. Consilierea medicală online și/sau telefonică și video, reprezintă un serviciu din categoria telemedicinei, care permite interacţiunea medic-pacient în mediul online, prin intermediul mijloacelor electronice de comunicare. Serviciul de consiliere medicală online sau telefonic este disponibil ca o alternativă a consultaţiilor în prezenţa pacientului în cabinetul medicului, nu își propune să înlocuiască consultul medical de specialitate și este limitat în ceea ce privește posibilitatea de diagnosticare.

Articolul 2. Beneficii

2.1. Societatea oferă Asiguratului cu ocazia emiterii contractului de asigurare, accesul în mod gratuit la Serviciile de Telemedicină oferite de către Partener;

2.2. La semnarea contractului de asigurare, Asiguratul va fi informat că va avea acces la aceste servicii pe întreaga durată a contractului de asigurare, cu condiţia ca acoperirea de bază să fie activă în luna în care se solicită acest serviciu.

2.3. Asiguratul va putea accesa aceste servicii de Telemedicină prin următoarele modalităţi:

- Platforma online www.telios.ro/metropolitanlife , unde își va crea un cont de utilizator având ca date de logare numărul cererii de asigurare (cod unic) și o parolă stabilită de Asigurat.
- Prin contactarea Call Center Partener la numărul de telefon: 0373 787 800

2.4. Este răspunderea Asiguratului să ofere o descriere cât mai corectă și completă a simptomelor, a stării generale de sănătate, a medicaţiei folosite sau a tratamentelor indicate de alţi medici și neurmate în totalitate, a istoricului medical și a oricăror posibili factori externi cu care pacientul a intrat în contact (ex. persoane cu afecţiuni transmisibile, călătorii, substanţe de orice natură etc).

2.5. Având în vedere nivelul de confidenţialitate și de securitate necesare accesării în siguranţă a acestui tip de serviciu, consilierea medicală online este accesibilă doar prin intermediul contului individual Telios (contul de portal), atât în versiunea desktop, cât și mobilă, iar consilierea medicală telefonică este accesibilă prin apelarea Telios la numărul de Call Center furnizat mai sus.

2.6. Sesiunea de consiliere medicală video nu va fi înregistrată, și nici o imagine sau amprentă vocală nu va fi stocată de către Telios ca urmare a sesiunii de consiliere medicală online. Este interzisă înregistrarea acesteia de către pacient. În caz contrar, medicul va opri înregistrarea la momentul în care o va sesiza, reamintind pacientului interdicţia. La o eventuală încălcare viitoare, pacientului i se va interzice accesul, fără a avea posibilitatea unei noi programări urmând a fi aplicabile regulile obișnuite pentru folosirea serviciilor Telios.

2.7. În cadrul sesiunilor de consiliere medicală telefonică, discuţia dintre medic și pacient este înregistrată în scopul evidenţei informaţiilor relevante din punct de vedere medical în fișa medicală a pacientului, iar aceste înregistrări sunt stocate pe o perioadă de maximum 3 ani, accesibile doar personalului medical autorizat. Toate datele consilierii medicale telefonice se găsesc în fișa pacientului, care poate fi accesată din portalul Telios.

2.8. Consilierile medicale online și telefonice, fără prezenţa fizică a pacientului în cabinet, se pretează doar anumitor specialităţi medicale și prezintă anumite caracteristici, după cum urmează:

- Se va putea oferi consiliere medicală doar pentru afecţiuni de gravitate cel mult medie, implicând o stare generală bună a pacientului, cu simptome cu debut recent, de până la câteva zile;
- Se vor putea oferi de asemenea consiliere medicală după vizite anterioare, pentru interpretarea rezultatelor analizelor și eventual evaluarea modului în care afecţiunea se recuperează;
- Consilierea medicală nu va putea implica un examen clinic complet (nu vor putea fi făcute măsurători ale semnelor vitale, nu vor putea fi obţinute date clinice în urma palpării sau auscultaţiei pacientului).

Este important de făcut diferenţa între medicină generală, specialităţile medicale și pediatrie. Astfel, în cazul pediatriei, se vor putea consilia o gamă mai largă de simptomatologii, care în cazul adulţilor pot fi indicii ale unor afecţiuni ce necesită investigaţii mai complexe și prezenţa pacientului în cabinetul medicului;

În funcţie de cele constatate de medic, consilierile medicale se vor putea finaliza fie cu recomandări simple cu instrucţiuni de urmat, fie cu recomandări pentru un consult clinic de specialitate sau investigaţii;

2.9. Medicul nu va putea emite toate tipurile de reţete (vor putea cel mult fi emise recomandări de medicamente OTC – medicamente eliberate de farmacii fără prescriere medicală / reţete pentru prelungirea de tratamente pentru afecţiuni cronice pentru perioade de maximum 30 de zile);

2.10. Raportul medical al consilierii, inclusiv recomandările făcute la final, se vor/ va regăsi în istoricul medical al pacientului și va fi vizibil și în contul de portal al acestuia;

2.11. Pacientul este rugat să ţină seama de recomandările făcute de medic. Medicul curant și Telios își declină orice răspundere în cazul în care pacientul nu urmează aceste recomandări. În cazurile în care recomandările efectuate în cadrul consilierii nu îmbunătăţesc simptomele prezentate, pacientul are datoria de a solicita o nouă opinie. Dacă simptomele se agravează sau apar reacţii adverse la medicamentele recomandate pacientul va apela serviciul de urgenţă 112 sau se va prezenta la Camera de Gardă.

2.12. Acoperirile medicale pentru care se oferă acest beneficiu sunt: Medicină Generală, Pediatrie, Medicină Internă, Gastroenterologie, Reumatologie, Diabet și Boli metabolice, ORL, Farmacie, Stomatologie, Endocrinologie, Psihologie, Nutriţie, Fitness, Kinetoterapie, Ginecologie, Urologie, Psihiatrie, Psihiatrie pediatrică, Dermatologie, Cardiologie, Nefrologie, Oftalmologie și Ortopedie. Acestea însă se pot modifica pe parcursul contractului, lista actualizată putand fi accesata pe site-ul Partenerului.

2.13. Asiguratul va primi asistenţă prin linia de suport indicată pe pagina web a platformei (www.telios.ro).

Articolul 3. Limite ale răspunderii

3.1. Asigurătorul nu poate fi tras la răspundere pentru serviciile de Telemedicină oferite de Partener.

3.2. Datele cu caracter personal, inclusiv cele de sănătate vor fi prelucrate de Partener și de Societate, în calitatea acestora de Operatori, cu respectarea obligaţiilor prevazute de legislaţia în vigoare în materia prelucrării datelor cu caracter personal, Societatea nefiind responsabilă pentru prelucrările realizate de Partener în scopul prestării Serviciilor de Telemedicină.

Articolul 4. Durata contractului Servicii de Telemedicină

4.1. Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare, ea fiind aceeași cu cea a contractului de asigurare.

4.2. Beneficiul va putea fi accesat după maximum 5 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare.

4.3. Acoperirea acestui beneficiu încetează la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării.

4.4. Acest beneficiu încetează de drept, automat, în momentul încheierii colaborării dintre Asigurător și Partener, cu excepţia cazului în care se va continua prestarea acestor beneficii prin intermediul altei companii. Încetarea și/ sau înlocuirea colaborării cu Partenerul va fi publicată pe pagina de internet oficială a Societăţii.

Contract suplimentar

Smart Protect - Asigurare pentru afecţiuni grave (A901)

Definiții:

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acţiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Asigurat: este persoana în favoarea căreia se încheie asigurarea, al cărei nume este specificat în poliţa de asigurare și a cărei stare de sănătate face obiectul prezentului contract de asigurare. În cazul Asiguratului minor, acolo unde se face referire la obligaţiile Asiguratului, termenul de Asigurat se va înţelege ce făcând referire la Reprezentantul Legal.

Beneficiar: este persoana desemnată să încaseze beneficiile plătibile în baza prezentei asigurări, în cazul decesului Asiguratului. Beneficiarul este desemnat pe cererea de asigurare sau într-o anexă de către Titular și cu acordul Asiguratului. În cazul în care nu sunt desemnaţi Beneficiari, aceștia vor fi moștenitorii legali ai Asiguratului.

Co - Asigurat: soţul/soţia/ copii/ părinţii Asiguratului major sau părinţii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexa la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract de asigurare include și noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări.

Contractul suplimentar de asigurare/ asigurarea Smart Protect: este un contract suplimentar care oferă protecţie financiară pentru 5 (cinci) afecţiuni grave.

Eveniment asigurat: incident sau serie de incidente care produc riscul asigurat și la apariţia cărora Asigurătorul va plăti indemnizaţia de asigurare către Asigurat/ Beneficiar.

Excluderi: situaţii în care Asigurătorul nu datorează indemnizaţia de asigurare, deși s-a produs riscul asigurat.

Indemnizaţia de asigurare sau despăgubirea: suma care va fi plătită de Asigurător în urma producerii evenimentului asigurat. Indemnizaţia de asigurare/ despăgubirea se va calcula în funcţie de suma asigurată prevăzută în poliţa de asigurare.

Infracţiune: faptă prevăzută și definită de legislaţia penală în vigoare.

Îmbolnăvire: modificarea organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare/ data repunerii în vigoare a acestui contract suplimentar de asigurare.

Medic: persoana care profesează medicina pe baza unor studii superioare de specialitate și care deţine drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor sau o autoritate similară acestuia.

Perioadă de aşteptare: se referă la perioada de 6 (șase) luni cuprinsă între data intrării în vigoare sau a repunerii în vigoare a contractului și data de la care se oferă protecţie prin acest contract de asigurare. Astfel, nu se va despăgubi niciun beneficiu apărut în perioada de aşteptare, dacă acesta a fost cauzat de o îmbolnăvire. După trecerea perioadei de aşteptare, beneficiile vor fi acoperite în conformitate cu Termenii și Condiţiile de asigurare.

Perioada de graţie: este numărul de zile, acordat suplimentar de Asigurător pentru achitarea primei de asigurare, aşa cum este definit în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază. În perioada de graţie, Asiguratul beneficiază de întreaga protecţie oferită de contractul de asigurare.

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurabile, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Sport profesionist: activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv, în timpul unui antrenament sau a unei competiţii sportive.

Suma asigurată: suma stabilită în poliţa de asigurare în funcţie de solicitarea Titularului asigurării și de evaluarea riscului realizată de către Asigurător.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un accident, cu condiţia ca această vătămare corporală să fi avut loc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Articolul 1 - Prevederi generale

1.1. Acest contract suplimentar este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului și constituie o parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat și este valabil numai dacă numele său este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.2. În afara Asiguratului principal, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/ soţiei/ copiilor /părinţilor Asiguratului major și părinţilor/ fraţilor/ surorilor Asiguratului minor, conform opţiunii Titularului, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.3. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata primei de asigurare a prezentului contract suplimentar, transmiterea unei solicitări în formatul stabilit de Societate și a oricăror alte documente pe care Compania le consideră a fi necesare, precum și acceptul Companiei pentru încheierea prezentului contract.

1.4. Pe durata contractului suplimentar de asigurare, prima de asigurare va suferi modificări în următoarele situaţii:

a) La fiecare 5 (cinci) ani de la emiterea prezentului contract suplimentar de asigurare, prima de asigurare va suferi modificări, in funcţie de vârsta Asiguratului la momentul respectiv, aceasta rămânând constantă pe toată perioada următorilor 5 (cinci) ani, cu excepţia situaţiei prezentate la articolul 1.4.b.

Un exemplu de calcul este prezentat în Anexa „Exemplu de calcul al Primei de asigurare”, în funcţie de Suma Asigurată solicitată și de vârsta persoanei asigurate la momentul calculării - achiziţia poliţei sau recalculările aniversare la fiecare 5 (cinci) ani de contract.

b) Suplimentar, Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare menţionate în anexă, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Pe parcursul primilor 5 ani de asigurare, primele din anexa sunt garantate de către Societate. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie. Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în

ultima zi a perioadei de grație sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă a contractului suplimentar de asigurare.

În situaţia în care asigurarea de bază include în condiţiile contractuale articolul privind Alocarea Automată de Primă, iar clientul nu plătește prima aferentă acestui contract suplimentar până în ultima zi a perioadei de grație, atunci nu este necesar acordul clientului pentru a-i fi acordată Alocarea Automată de Primă inclusiv pentru această clauză.

1.5. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

Articolul 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

2.1. Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost atașat ulterior. Prima de asigurare aferentă prezentului contract suplimentar se va adăuga la prima totală a contractului, care se plătește integral de către Titular, la fiecare dată scadentă, conform frecvenţei de plată specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă emisă ulterior.

2.2. **Pentru acoperirile din îmbolnăvire există o perioadă de așteptare de 6 (șase) luni de la data intrării/ repunerii în vigoare sau de la data majorării sumei asigurate a contractului.**

Articolul 3 - Durata de valabilitate și perioada de acoperire a contractului suplimentar

3.1. Valabilitatea contractului suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 65 (șaizeci și cinci) de ani sau la data maturităţii asigurării de bază în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

3.2. Vârsta Asiguratului la data încheierii contractului de asigurare poate fi cuprinsă între **0 - 60 de ani împliniţi**.

Articolul 4 - Scopul asigurării

4.1. Societatea va plăti Asiguratului, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar, **suma asigurată specificată în poliţa de asigurare, la următoarele momente**:

a) diagnosticarea Cancerului, detaliat în articolul 7 “Afecţiuni acoperite de asigurare”

b) data intervenţiei chirurgicale pentru următoarele evenimente, prevăzute în articolul 7 “Afecţiuni acoperite de asigurare”:

1. Intervenţie chirurgicală de By-Pass aorto-coronarian

2. Intervenţie chirurgicală a valvelor cardiace

3. Transplant de organ major/ de măduvă osoasă

4. Neurochirurgie

4.2. Condiţia necesară pentru plata sumei asigurate este ca simptomele afecţiunii să fi apărut pentru prima dată cel mai devreme după șase (6) luni de la:

a) Data intrării în vigoare a contractului de asigurare sau

b) Data oricărei majorări a sumei asigurate (în acest caz Societatea plătind suma asigurată valabilă în urma cu 6 (șase) luni) sau

c) Data repunerii în vigoare a asigurării.

4.3. Suma asigurată este suma corespunzătoare contractului suplimentar, menţionată în poliţa de asigurare sau într-o anexă și reprezintă obligaţia maximă a Societăţii, plătită o singură dată în cazul producerii evenimentului asigurat.

4.4. În cazul apariţiei în același timp sau succesiv a uneia sau a mai multor boli sau intervenţii chirurgicale definite în Articolul 7 “Afecţiuni acoperite de asigurare”, conform cu prezentele condiţii de asigurare, suma asigurată va fi plătită o singură dată la valoarea specificată în poliţa de asigurare.

4.5. În caz de deces al Asiguratului după diagnosticare, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit Asiguratului conform prevederilor prezentului contract de asigurare va fi plătit Beneficiarilor sau moștenitorilor legali.

Articolul 5 - Încetarea contractului suplimentar

5.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta fără intervenţia instanţelor judecătorești în următoarele cazuri:

a) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază;

b) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

c) prin reziliere în cazurile prevăzute în prezentul contract suplimentar;

d) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 65 (șaizeci și cinci) de ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă sa fie în vigoare;

e) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

f) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de minimum 20 de zile (în acest caz, contractul suplimentar va înceta începând cu sfârșitul perioadei acoperite de ultima primă de asigurare plătită);

g) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârșitul perioadei de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este atașat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

h) în cazul în care Titularul asigurării refuză modificarea/ ajustarea primei de asigurare, conform prevederilor articolului de mai sus referitor la plata primei – “Articolul 1 – Prevederi Generale”;

i) după plata despăgubirii în baza prezentului contract suplimentar;

j) de drept la data decesului Asiguratului;

k) prin reziliere unilaterală a contractului de asigurare, de către oricare dintre părţi, în cazul nerespectării obligaţiilor contractuale de către cealaltă parte. Rezilierea se va face printr-o notificare scrisă, transmisă celeilalte părţi, la ultima adresă comunicată, fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile și fără intervenţia instanţelor judecătorești; în acest caz, contractul va înceta începând cu sfârșitul perioadei acoperite de ultima primă de asigurare plătită;

l) la data la care Titularul împlinește 75 de ani în cazul în care acesta este diferit de persoana asigurată.

5.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum și obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

Articolul 6 - Modificări ale contractului suplimentar

6.A. Modificarea Beneficiarului:

6.A.1. Oricând pe întreaga durată a poliţei de asigurare Titularul asigurării are dreptul să schimbe Beneficiarul, iar acest drept se exercită prin solicitare scrisă şi semnată şi cu consimţământul Asiguratului/ reprezentantului legal al acestuia.

6.A.2. Schimbarea Beneficiarului produce efecte după primirea cererii corespunzătoare şi acceptarea acesteia de Societate. Societatea nu este răspunzătoare pentru nicio plată sau altă acţiune desfăşurată anterior acestei aprobări.

6.A.3. Dacă Beneficiarul a cauzat în mod intenţionat decesul Asiguratului, drepturile sale ce decurg din prezentul contract încetează şi vor fi transferate altor Beneficiari desemnaţi sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, în situaţia în care nu există alţi Beneficiari desemnaţi.

6.B. Schimbarea sumei asigurate:

6.B.1. Suma asigurată prevăzută în prezentul contract suplimentar de asigurare poate fi modificată în urma unei solicitări scrise a Titularului, înregistrată de către Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea datei aniversării poliţei şi numai după aprobarea acesteia de către Societate.

6.B.2. În cazul majorării sumei asigurate, Titularul trebuie să prezinte dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii şi al condiţiilor de asigurare, respectiv să plătească noua primă de asigurare majorată.

6.B.3. Nicio modificare a sumei asigurate a contractului de asigurare nu este valabilă decât dacă a fost făcută in scris sau prin intermediul mijloacelor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de Societate. Orice document ce confirmă o astfel de modificare va fi atașat poliţei.

Articolul 7 - Afecțiuni acoperite de asigurare

1) Cancerul

Cancerul este definit ca o nouă creştere autonomă focală a celulelor anormale, care a dus la invazia ţesuturilor normale. Reprezintă tratamentul oricărei tumori maligne incluzând leucemia, sarcomul şi limfomul (cu excepţia limfomului cutanat) caracterizată prin creşterea necontrolată, răspândirea celulelor maligne şi invazia ţesuturilor, precum şi orice tratament al unei tumori pre-maligne şi cancer „in-situ" care este limitată la epiteliul unde își are originea şi nu a invadat stroma sau ţesuturile din jur. Cancerul trebuie să fie în mod pozitiv diagnosticat pe baza unui examen microscopic al ţesuturilor fixe, sau preparate din sistemul haemic. Un astfel de diagnostic se bazează exclusiv pe criteriile acceptate de boli maligne în urma unui studiu al arhitecturii histocytologic sau modelul de suspect tumoral, ţesut sau specimen. Acest diagnostic trebuie să fie confirmat de către un medic specialist oncolog sau anatomopatoloDiagnosticul clinic nu respectă acest standard.

Prin „Cancer non-invaziv sau „in situ" se înţelege o tumoră malignă care este limitată la epiteliul de unde provine şi care nu invadează stroma sau ţesuturile înconjurătoare. Aceasta este o tumoră malignă pre-invazivă, diagnosticată într-o fază iniţială, cu prognostic favorabil dacă este eliminată complet.

Excluderi specifice:

- Orice tumoră în prezenţa Sindromul Imunodeficienţei Dobândite (SIDA)(termenul "sindromul imunodeficienţei dobândite" va avea înţelesul dat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii);
- Cancer de piele cu excepţia melanoamelor maligne.

2) Intervenţie chirurgicală de By-Pass aorto-coronarian

Acestă procedură reprezintă o intervenţie chirurgicală efectuată pe cord deschis în scopul de a corecta îngustarea sau blocarea uneia sau mai multor artere coronare prin grefe pentru by-pass (derivaţie). Acest diagnostic trebuie să fie susţinut angiografic de obstrucţia semnificativă a arterei coronariene, iar procedura trebuie să fie recomandată din punct de vedere medical de către un medic specialist cardiolog.

Excluderi specifice:

- Orice boală coronariană tratată cu ajutorul altor tehnici decât by-pass-ul arterelor coronare, la fel ca orice fel de tehnici chirurgicale de angioplastie.

3) Intervenţie chirurgicală a valvelor cardiace

Acesta procedura este considerată o intervenţie chirurgicală pe cord deschis pentru a înlocui sau remedia anomaliile valvei/ valvelor cardiace. Diagnosticul de anomalie a valvei cardiace trebuie să fie susţinut prin rezultatele cateterismului cardiac sau ecocardiografie, iar intervenţia trebuie să fie recomandată din punct de vedere medical de către un medic cardiolog.

4) Transplant de organ major/ de măduvă osoasă

Acestă procedură reprezintă transplantul chirurgical în care Asiguratul primește un rinichi, un segment de ficat, un lob pulmonar, o secţiune de pancreas sau măduvă osoasă (autolog sau alogen) de la un donator compatibil, în viaţă.

Excluderi specifice:

- Orice transplant în care nevoia transplantului apare ca o consecinţă a bolii hepatice alcoolice;
- Orice transplant efectuat ca un auto-transplant, cu excepţia transplanturilor de măduvă osoasă;
- Orice transplant în cazul în care Asiguratul este un donator pentru o terţă persoană;
- Orice transplant de la un donator decedat;
- Orice transplant de organ care implică tratament cu celule stem;
- Transplant care a devenit posibil prin cumpărarea de organe.

5) Neurochirurgie

Acestă procedură reprezintă o intervenţie chirurgicală asupra creierului sau a oricărei structuri intracraniene, precum și asupra oricărei tumori benigne localizate în măduva spinării.

Articolul 8 - Excluderi generale

Suma Asigurată nu va fi plătită dacă afecţiunea este cauzată direct sau indirect de:

- consecinţa directă sau indirectă a oricărei condiţii preexistente;
- rănire sau o boală auto-provocată de către Asigurat, indiferent de starea de sănătate mintală a acestuia;
- comiterea, tentativa sau provocarea unei agresiuni sau a unui delict sau participarea la revolte;
- folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanţe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim, aerian) sau al unui accident de muncă;
- consumul excesiv de alcool, alcoolism,orice afecţiuni cronice etanolice (de exemplu, dar fără a se limita la: ciroza hepatică etanolică);
- radiaţii, reacţii nucleare sau contaminare radioactivă;
- o afecţiune apărută în perioada de aşteptare a contractului de asigurare;
- defecte congenitale;

- tratament experimental, precum și acele proceduri de diagnostic, terapeutice și sau chirurgicale ale căror siguranţă și efecte nu au fost recunoscute/omologate de OMS sau de către o autoritate de stat (de exemplu, ministerul Sănătăţii) în mod corespunzător;
- procedurile medicale necesare ca urmare a SIDA (sindromul imunodeficienţei dobândite), HIV (virusul imunodeficienţei umane) sau orice condiţie medicală care rezultă din acestea (inclusiv sarcomul Kaposi), sau orice alt tratament pentru SIDA sau HIV. În cazul în care, în virtutea acestei excluderi, nu este plătit niciun fel de beneficiu, toate primele plătite pentru această asigurare, diminuate cu orice datorie existentă în baza poliţei, vor fi rambursate Beneficiarului sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, dacă nu există un Beneficiar desemnat. Cererea de rambursare a primelor plătite pentru această asigurare suplimentară poate fi înaintată către Societate de către Asigurat/Beneficiar/moștenitori legali oricând după primirea diagnosticului, dar nu mai târziu de 90 de zile de la data decesului Asiguratului.

Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

Articolul 9 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

9.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile de la data confirmării diagnosticului, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 de zile Societatea își rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat.

9.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Titularului asigurării. Toate costurile legate de obţinerea și furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Titularului asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

9.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente dacă este cazul:

a) numărul poliţei de asigurare;

b) documente legale care să stabilească identitatea Asiguratului;

c) orice alte documente necesare pentru stabilirea cauzei, respectiv a mediului in care s-a produs evenimentul asigurat;

d) orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire, precum fișe medicale intregrale, copii ale documentelor medicale emise de către medicii specialiști, rezultatele diferitelor investigaţii (RMN, CT, biopsii, mamografii etc) și altele.

9.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru orice tip de examinare medicală, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală sau îmbolnăvire, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate.

9.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Societatea va efectua plata indemnizaţiilor de asigurare în termen de 30 zile calendaristice de la data la care documentaţia solicitată este completă. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

9.6. Plata tuturor indemnizaţiilor se va efectua de Societate, conform indicaţiilor Beneficiarului/ Asiguratului/ reprezentantului legal, direct în contul acestuia (aflat în România sau în străinătate).

9.7. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a cere documente suplimentare de la instituţiile pe care le considera abilitate, precum și de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare, în condiţiile prevăzute la articolul "Încetarea contractului de asigurare".

9.8. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, ce a avut loc în perioada de graţie, prima scadentă va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu prezentul contract de asigurare.

9.9. Dacă Asiguratul dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, această situaţie se asimilează cu decesul Asiguratului numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă a unei instanţe judecătorești.

9.10. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

Articolul 10 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare de bază

10.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

10.2. Următoarele articole ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. „Sinuciderea";

b. „Schimbarea planului de asigurare";

c. „Opţiuni in eventualitatea întreruperii plăţii primelor", paragraful "Asigurarea cu Sumă Asigurată Redusă";

d. „Răscumpărarea contractului de asigurare";

e. "Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare";

f. "Opţiuni de plată a beneficiilor";

g. "Indexarea".

Anexă - Exemplu de calcul al Primei de asigurare

În funcţie de Suma Asigurată solicitată şi de vârsta persoanei asigurate la momentul calculării – achiziţia poliţei sau recalculările aniversare la fiecare 5 (cinci) ani ai contractului suplimentar.

Vârsta	Prima de asigurare anuală pentru o Sumă asigurată de 10.000 Lei
0	33,64 Lei
1	32,81 Lei
2	33,08 Lei
3	33,44 Lei
4	33,89 Lei
5	34,44 Lei
6	34,98 Lei
7	35,48 Lei
8	36,04 Lei
9	36,59 Lei
10	36,90 Lei
11	37,19 Lei
12	37,44 Lei
13	37,66 Lei
14	37,84 Lei
15	37,94 Lei
16	37,93 Lei
17	38,36 Lei
18	38,78 Lei
19	39,23 Lei
20	39,67 Lei
21	40,12 Lei
22	40,76 Lei
23	41,61 Lei
24	42,69 Lei
25	43,98 Lei
26	45,50 Lei
27	47,35 Lei
28	49,43 Lei
29	51,51 Lei
30	53,57 Lei
31	55,65 Lei
32	57,74 Lei
33	59,87 Lei
34	62,11 Lei
35	64,12 Lei
36	66,19 Lei
37	68,72 Lei

38	71,74 Lei
39	75,39 Lei
40	79,63 Lei
41	84,49 Lei
42	90,53 Lei
43	97,67 Lei
44	105,38 Lei
45	112,43 Lei
46	120,28 Lei
47	128,73 Lei
48	137,67 Lei
49	147,44 Lei
50	156,38 Lei
51	166,08 Lei
52	175,96 Lei
53	186,52 Lei
54	198,97 Lei
55	210,45 Lei
56	222,80 Lei
57	235,71 Lei
58	249,28 Lei
59	263,30 Lei
60	276,08 Lei
61	288,06 Lei
62	300,44 Lei
63	313,42 Lei
64	327,14 Lei
65	315,77 Lei

Contract suplimentar

Ultramed - Asigurare extinsă pentru afecţiuni grave (L061)

Condiţii Contractuale

Definiții

Accident : eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voinţa Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acţiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici,electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

Asigurat: este persoana în favoarea căreia se încheie asigurarea, al cărei nume este specificat în poliţa de asigurare sau într-o anexă și a cărei stare de sănătate face obiectul prezentului contract suplimentar de asigurare;

Beneficiar: este persoana desemnată să încaseze beneficiile plătibile în baza prezentei asigurări, în cazul decesului Asiguratului. Beneficiarul este desemnat pe cererea de asigurare sau într-o anexă de către Titular și cu acordul Asiguratului.

Co - Asigurat: soţul/soţia/ părinţii Asiguratului major sau părintii Asiguratului minor care sunt menţionati în cererea de asigurare sau într-o anexa la contractual de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-asiguraţi de către Societate. Termenul de Asigurat folosit în cadrul prezentului contract suplimentar de asigurare include și noţiunea de co-Asigurat, cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel.

Condiţie preexistentă: orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiţie medicală a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare de un medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale, înainte de data de intrare în vigoare sau de data repunerii în vigoare a prezentei asigurări.

Eveniment asigurat: incident sau serie de incidente care produc riscul asigurat și la apariţia cărora Asigurătorul va plăti indemnizaţia de asigurare către Asigurat, iar în cazul decesului său către Beneficiar.

Excluderi: situaţii în care Asigurătorul nu datorează indemnizaţia de asigurare, deși s-a produs riscul asigurat.

Îmbolnăvire: modificarea organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, manifestată și diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare/ data repunerii în vigoare a acestui contract suplimentar de asigurare.

Medic: persoana care profesează medicina pe baza unor studii superioare de specialitate și care deţine drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor sau o autoritate similară acestuia.

Perioadă de așteptare: se referă la perioada de 3 (trei) luni de zile cuprinsă între data intrării în vigoare sau a repunerii în vigoare a contractului și data de la care se oferă protecţie prin prezenta asigurare. Astfel, nu se va despăgubi

un beneficiu apărut în perioada de așteptare. După trecerea perioadei de așteptare, beneficiile vor fi acoperite în conformitate cu Termenii și Condiţiile de asigurare.

Perioada de graţie: este numărul de zile, acordat suplimentar de Asigurător pentru achitarea primei de asigurare, conform termenilor și condiţiilor asigurării de bază. În perioada de graţie, Asiguratul beneficiază de întreaga protecţie oferită de contractul suplimentar de asigurare.

Prima de asigurare a contractului suplimentar: suma ce trebuie plătită de Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar de asigurare.

Suma Asigurată: suma stabilită în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în funcţie de solicitarea Titularului asigurării și de evaluarea riscului realizată de către Asigurător;

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un accident, cu condiţia ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a contractului;

ARTICOLUL 1 - Prevederi generale:

1.1. Acest contract suplimentar este emis pentru acoperirea stării de sănătate a Asiguratului și constituie o parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat și este valabil numai dacă numele său este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.2. În afara Asiguratului principal, acest contract suplimentar poate oferi protecţie soţului/ soţiei/ părinţilor Asiguratului major și părinţilor Asiguratului minor, conform opţiunii Titularului, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.3. Pentru emiterea acestui contract suplimentar este necesară plata unei prime de asigurare a prezentului contract suplimentar, transmiterea unei solicitări în formatul stabilit de Societate și a oricăror alte documente pe care Compania le consideră a fi necesare, precum și acceptul Companiei pentru încheierea prezentului contract.

1.4. Pe durata contractului suplimentar de asigurare, prima de asigurare va suferi modificări în următoarele situaţii:

a) La fiecare 5 (cinci) ani de la emiterea prezentului contract suplimentar de asigurare, prima de asigurare va suferi modificări, in funcţie de vârsta Asiguratului la momentul respectiv, aceasta rămânând constantă pe toată perioada următorilor 5 (cinci) ani, cu excepţia situaţiei prezentate la articolul 1.4.b.

Un exemplu de calcul este prezentat în Anexa **„Exemplu de calcul al Primei de asigurare”**, în funcţie de Suma Asigurată solicitată și de vârsta persoanei asigurate la momentul calculării - achiziţia poliţei sau recalculările aniversare la fiecare 5 (cinci) ani de contract.

b) Suplimentar, Societatea își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și primele de asigurare menţionate în anexă, la orice aniversare începând cu a 5-a aniversare. Pe parcursul primilor 5 ani de asigurare, primele din anexa sunt garantate de către Societate. Modificarea primelor de asigurare va ţine cont de parametrii de bază care pot influenţa evoluţia costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experienţa Societăţii, în funcţie de vârsta Asiguratului la data aniversării și/sau repunerii în vigoare a poliţei. Condiţiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 20 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar. Titularul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificate sau de o achita integral până la data scadentă sau în perioada de graţie (așa cum aceasta este definită în termenii și condiţiile asigurării de viaţa de bază). Dacă Titularul nu plătește prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie sau plătește o sumă mai mică decât valoarea primei de asigurare modificate și propuse spre acceptare, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă a contractului suplimentar de asigurare.

1.5. Prin derogare de la orice prevedere din produsul de bază la care este adăugat acest contract suplimentar cu privire la bonusurile aplicabile, acestui contract suplimentar îi sunt aplicabile doar bonusurile prevăzute expres menţionate în acest contract suplimentar.

ARTICOLUL 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar:

2.1. Data intrării în vigoare va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost ataşat ulterior. Prima de asigurare aferentă prezentului contract suplimentar se va adăuga la prima totală a contractului, care se plătește integral de către Titular, la fiecare dată scadentă, conform frecvenţei de plată specificată în poliţa de asigurare sau într-o anexă emisă ulterior.

ARTICOLUL 3 - Durata de valabilitate și perioada de acoperire a contractului suplimentar

3.1. Valabilitatea contractului suplimentar de asigurare expiră la următoarea aniversare, după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 65 (șaizeci și cinci) de ani sau la data maturităţii asigurării de bază în situaţia în care aceasta este mai devreme decât data expirării contractului suplimentar.

3.2. Vârsta Asiguratului la data încheierii contractului suplimentar de asigurare poate fi cuprinsă între 18 - 60 de ani împliniţi.

3.3. Condiţia necesară pentru plata sumei asigurate este ca simptomele afecţiunii să fi apărut pentru prima dată cel mai devreme după trei (3) luni de la:

a) Data intrării în vigoare a contractului suplimentar de asigurare sau

b) Data oricărei majorări a sumei asigurate în acest caz, responsabilitatea Societăţii fiind limitată la suma asigurată iniţială sau

c) Data repunerii în vigoare a asigurării de bază căreia îi este ataşat acest contract suplimentar.

ARTICOLUL 4 - Scopul asigurării

4.1. Societatea va plăti Asiguratului, în conformitate cu prevederile prezentului contract suplimentar suma asigurată specificată în poliţa de asigurare. Plata indemnizaţiei de asigurare va fi efectuată către Asigurat, dacă acesta este în viaţă, la 30 (treizeci) de zile (cu excepţia cazului în care nu se specifică altfel) de la:

a) diagnosticarea uneia dintre următoarele afecţiuni, prevăzute în articolul "Afecţiuni acoperite de asigurare":

1. Cancer
2. Infarctul miocardic acut
3. Accident vascular cerebral
4. Insuficienţă renală
5. Anemie aplastică
6. Orbire (pierderea totală și permanentă a vederii)
7. Afecţiune pulmonară în stadiu terminal
8. Afecţiune hepatică în stadiu terminal
9. Comă
10. Surditate (pierderea auzului)
11. Pierderea vorbirii

12. Arsuri majore

13. Scleroză multiplă

14. Paralizie (pierderea capacităţii de utilizare a membrelor)

15. Boala Parkinson

16. Boala Alzheimer/ Demenţă severă (înaintea vârstei de 60 de ani)

17. Hepatită fulminantă

18. Hipertensiune pulmonară primitivă

19. Boală în stadiu terminal

20. Tumoră cerebrală benignă

21. Encefalită

22. Poliomielită

23. Meningită bacteriană

24. Traumatism cranian major

25. Sindrom apallic

26. Alte afecţiuni coronariene severe

27. Sclerodermie progresivă

28. Lupus eritematos sistemic cu nefrită lupică sau

b) data intervenţiei chirurgicale pentru următoarele afecţiuni, prevăzute în articolul "Afecţiuni acoperite de asigurare":

1. Intervenţie chirurgicală de By-Pass aorto-coronarian:

2. Intervenţie chirurgicală a valvelor cardiace

3. Transplant de organ major/ de măduvă osoasă

4. Intervenţia chirurgicală asupra aortei

4.2. Suma asigurată este suma corespunzătoare contractului suplimentar, menţionată în poliţa de asigurare sau într-o anexă și reprezintă obligaţia maximă a Societăţii, plătită o singură dată în cazul producerii evenimentului asigurat.

4.3. În cazul apariţiei în acelaşi timp sau succesiv a uneia sau a mai multor boli sau intervenţii chirurgicale definite în Articolul "Afecţiuni acoperite de asigurare", conform cu prezentele condiţii de asigurare, suma asigurată va fi plătită o singură dată la valoarea specificată în poliţa de asigurare.

4.4. În caz de deces al Asiguratului după cele 30 (treizeci) de zile de la diagnosticare, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit Asiguratului conform prevederilor prezentului contract suplimentar de asigurare va fi plătit Beneficiarilor sau moștenitorilor legali.

ARTICOLUL 5 - Încetarea contractului suplimentar

5.1. Contractul suplimentar de asigurare va înceta, fără intervenţia instanţelor judecătoreşti, în următoarele cazuri:

a) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata

vreunei penalităţi şi cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare şi semnătura Titularului asigurării şi transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

b) prin renunţare la contractul suplimentar de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile, acest contract suplimentar încetând cu următoarea dată scadentă a primei după înregistrarea notificării;

c) prin neplata primei pentru acest contract suplimentar până la sfârşitul perioadei de graţie (aşa cum aceasta este definită în termenii şi condiţiile asigurării de viaţa de bază). Singura excepţie este în cazul în care prezentul contract suplimentar este ataşat unei asigurări de viaţă de bază cu valoare de răscumpărare sau unei asigurări de tip unit linked, căreia i se aplică articolul referitor la opţiunile valabile în eventualitatea întreruperii plăţii primelor;

d) prin răscumpărarea sau convertirea asigurării de bază în asigurare cu sumă asigurată redusă, conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale ale asigurării de bază;

e) la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării;

f) prin reziliere unilaterală a contractului de asigurare, de către oricare dintre părţi, în cazul nerespectării obligaţiilor contractuale de către cealaltă parte. Rezilierea se va face printr-o notificare scrisă, transmisă celeilalte părţi, la ultima adresă comunicată, fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile şi fără intervenţia instanţelor judecătoreşti; în acest caz, contractul va înceta începând cu sfârşitul perioadei acoperite de ultima primă de asigurare plătită;

g) la prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 65 (şaizeci şi cinci) de ani, chiar dacă asigurarea de bază continuă sa fie în vigoare.

h) în cazul în care Titularul asigurării refuză modificarea/ ajustarea primei de asigurare, conform prevederilor articolului de mai sus referitor la plata primei – “Articolul 1 – Prevederi Generale”;

i) după plata despăgubirii în baza prezentului contract suplimentar;

j) de drept la data decesului Asiguratului;

k) la data la care Titularul împlinește 75 de ani în cazul în care acesta este diferit de persoana asigurată.

5.2. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum şi obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta. În cazul în care Titularul a plătit o primă suplimentară pentru perioada în care încetarea devine efectivă sau o primă/ prime pentru o perioadă ulterioară încetării, Societatea îi va returna valoarea acesteia/ acestora.

ARTICOLUL 6 - Modificarea contractului

6.1. Suma asigurată prevăzută în prezentul contract suplimentar de asigurare poate fi modificată în urma unei solicitări scrise a Titularului, înregistrată de către Societate cu 30 (treizeci) de zile înaintea datei de aniversare/ a contractului și numai după aprobarea acesteia de către Societate.

6.2. În cazul majorării sumei asigurate, Titularul trebuie să prezinte dovada faptului că Asiguratul corespunde din punct de vedere al sănătăţii şi al condiţiilor de asigurare, respectiv să plătească noua primă de asigurare majorată.

6.3. Nicio modificare a contractului de asigurare nu este valabilă decât dacă a fost făcută în scris sau prin intermediul mijloacelor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de Societate. Orice document ce confirmă o astfel de modificare va fi ataşat poliţei.

ARTICOLUL 7 - Afecțiuni acoperite de asigurare

A) DEFINIȚII:

Acest contract sulimentar de asigurare acoperă următoarele afecţiuni grave:

1) Cancer

Este considerat ca fiind o tumoră malignă caracterizată prin creşterea şi răspândirea necontrolată a celulelor maligne, cu invadarea şi distrugerea ţesutului normal. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de probe histologice de malignitate și confirmat de către un medic specialist oncolog sau anatomopatolog.

Excluderi:

- Tumori indicând modificări maligne specifice unor carcinoame in - situ și tumori care sunt histologic descrise ca premaligne sau noninvazive, cum ar fi, fără a se limita numai la acestea, următoarele: carcinom mamar in-situ, displazie cervicală (displazie de col uterin) CIN-1, CIN-2 și CIN-3;
- Hipercheratoze, cancer cutanat de tip bazocelular sau scuamos, melanoame mai mici de 1,5 mm grosime grad Breslow sau mai puţin de nivelul 3 Clark, cu excepţia cazurilor în care există dovada prezenţei metastazelor;
- Cancere de prostată clasificate ca TNM ca fiind T1a sau T1b sau cancere de prostată într-o altă clasificare echivalentă sau inferioară acesteia, micro-carcinom papilar T1 N0 M0 al tiroidei mai mic de 1 cm în diametru, micro-carcinom papilar al vezicii urinare, leucemie limfatică cronică într-un stadiu mai mic de stadiul 3 RAI și
- Toate tumorile în prezenţa infectării cu HIV.

2) Infarctul miocardic acut

Ischemia (necroza) unei porţiuni a mușchiului cardiac ca rezultat al irigării inadecvate a zonei respective.

Diagnosticul de infarct de miocard trebuie susţinut de cel puţin trei din următoarele cinci criterii care se asociază unui infarct miocardic acut nou:

1. Istoric de dureri toracice anterioare tipice;
2. Modificări pe o electrocardiogramă (ECG) nouă (sub 3 luni) care dovedesc prezenţa infarctului acut;
3. Creștere semnificativă a enzimei cardiace CK-MB;
4. Creștere a Troponinei (T sau I);
5. Fracţie de ejecţie a ventriculului stâng mai mică de 50% măsurată la 3 luni sau mai mult, după eveniment.

3) Accident vascular cerebral

Este considerat un incident cerebro-vascular ce include infarctul de ţesut cerebral, hemoragia cerebrală și subarahnoidiană, embolia cerebrală și tromboza cerebrală.

Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de criteriile de mai jos:

1. Dovada unei deficiente neurologice permanente confirmată de un neurolog la cel puţin 6 săptămâni după eveniment și
2. Rezultate de imagistică medicală oferite prin Rezonanţă Magnetică, Tomografie Computerizată sau alte tehnici imagistice concludente ce confirmă diagnosticul de atac vascular cerebral nou.

Excluderi:

- Atacuri ischemice tranzitorii;
- Leziuni cerebrale datorate unui accident sau unei răniri, unei infecţii, vasculite și unei afecţiuni inflamatorii;
- O afecţiune vasculară ce afectează ochiul sau nervul optic și
- Afecţiuni ischemice ale sistemului vestibular.

4) Intervenţie chirurgicală de By-Pass aorto-coronarian

Reprezintă o intervenţie chirurgicală efectuată pe cord deschis în scopul de a corecta îngustarea sau blocarea uneia sau mai multor artere coronare prin grefe pentru by-pass (derivaţie). Acest diagnostic trebuie să fie susţinut angiografic de obstrucţia semnificativă a arterei coronariene, iar procedura trebuie să fie recomandată din punct de vedere medical de către un medic specialist cardiolog.

Excluderi:

- angioplastia și alte tehnici intra-arteriale,
- tehnicile realizate prin cateterism și procedurile laser de tip “keyhole”.

5) Insuficienţă renală

Reprezintă insuficienţa renală ireversibilă a funcţiei ambilor rinichi ce necesită dializă renală permanentă sau transplant renal.

6) Anemie aplastică

Este o insuficienţă cronică persistentă a măduvei osoase care determină anemie, neutropenie și trombocitopenie și care necesită cel puţin unul dintre următoarele tratamente:

1. Transfuzie de produse de sânge,
2. Administrarea de agenţi de stimulare a măduvei osoase hematogene,
3. Administrarea de agenţi imunosupresivi sau
4. Transplantul de măduvă osoasă.

Diagnosticul trebuie să fie confirmat de către un medic specialist hematolog.

7) Orbire (pierderea totală și permanentă a vederii)

Reprezintă pierderea totală și ireversibilă a vederii la ambii ochi ca urmare a unei boli sau unui accident. Orbirea trebuie să fie confirmată de către un medic specializat oftalmolog.

8) Afecţiune pulmonară în stadiu terminal

Este considerată o afecţiune pulmonară care cauzează insuficienţă respiratorie cronică. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de criteriile de mai jos:

1. FEV1(VEMS) < 1 litru – modificare permanentă, ireversibilă (în pofida tratamentului),
2. Necesitatea oxigenoterapiei permanente pentru hipoxemie,
3. Presiunea parţială a oxigenului de cel mult 55mmHg (PaO2 ≤ 55 mmHg) la analiza gazelor din sângele arterial şi
4. O dispnee permanentă în stare de repaus.

Diagnosticul trebuie să fie confirmat de către un medic specialist pneumolog.

9) Afecţiune hepatică în stadiu terminal

Este considerată insuficienţa hepatică susţinută de criteriile de mai jos:

1. Icter permanent,
2. Ascită şi
3. Encefalopatie hepatică.

Afectarea hepatică secundară datorată consumului de alcool, droguri sau medicamente este exclusă.

10) Comă (care persistă timp de cel puţin 96 de ore)

Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de criteriile de mai jos:

1. Niciun răspuns la stimuli externi timp de cel puţin 96 de ore;
2. Necesitatea măsurilor tehnice de susţinere a funcţiilor vitale şi
3. Afectare cerebrală ce determină o deficienţă neurologică permanentă care trebuie să fi fost evaluată ca atare după 30 de zile de la instalarea comei.

Coma rezultând direct din abuzul de alcool, droguri sau medicamente este exclusă.

11) Surditate (pierderea auzului)

Reprezintă pierderea totală şi ireversibilă a auzului la ambele urechi ca urmare a unei boli sau unui accident. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de teste audiometrice şi ale pragului de sunete efectuate şi certificate de către un medic specialist otorinolaringolog (ORL).

“Totală” înseamnă “pierderea a cel puţin 80 decibeli din toate frecvenţele de auz”.

12) Intervenţie chirurgicală a valvelor cardiace

Este considerată o intervenţie chirurgicală pe cord deschis pentru a înlocui sau remedia bolile valvei/ valvelor cardiace. Diagnosticul de anomalie a valvei cardiace trebuie să fie susţinut prin rezultatele cateterismului cardiac sau ecocardiografie, iar intervenţia trebuie să fie recomandată din punct de vedere medical de către un medic cardiolog.

13) Pierderea vorbirii

Reprezintă pierderea totală și irecuperabilă a capacităţii de a vorbi inteligibil ca urmare a unei răniri sau afecţiuni la nivelul corzilor vocale. Incapacitatea de a vorbi trebuie să fie prezentă pe o perioadă continuă de 12 luni. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de dovada medicală furnizată de către un medic specialist Otorinolaringolog (ORL).

Toate cauzele psihiatrice sau neurologice conexe sunt excluse.

14) Arsuri majore

Sunt considerate arsurile de gradul trei (care afectează întreaga grosime a pielii), ce acoperă cel puţin 20 % din suprafaţa corpului Asiguratului.

15) Transplant de organ major/ de măduvă osoasă

Reprezintă primirea unui transplant de:

1. Măduvă osoasă umană utilizând celule stem hematopoetice precedat de ablaţia totală a măduvei osoase sau
2. Unuia dintre următoarele organe umane: inimă, plămân, ficat, rinichi, pancreas, ca rezultat al insuficienţei ireversibile a respectivului organ.

Alte transplanturi de celule stem sunt excluse.

16) Scleroză multiplă

Este considerat ca fiind apariţia certă a sclerozei multiple. Diagnosticul trebuie să fie susţinut de toate criteriile de mai jos:

1. Investigaţii imagistice care confirmă în mod cert diagnosticul de scleroză multiplă;
2. Deficienţe neurologice multiple care au survenit pe o perioadă continuă de cel puţin 6 luni și
3. Anamneză bine documentată a exacerbărilor și remisiunilor simptomelor și deficienţe neurologice înregistrate.

Exemple de deficienţe neurologice:

a) afectarea mișcării: slăbiciune musculară, crampe musculare, pierderea echilibrului, tremor intenţional;

b) afectarea vederii: vedere înceţoșată, pierderea vederii sau durere oculară, diplopie (vedere dublă)

c) altele: parestezii, nevralgie de trigemen, fasciculaţii la nivelul feţei, pierderea controlului sfincterului vezical, anal și disfuncţie sexuală, disartrie (tulburare de vorbire), ameţeli, depresie, pierderi de memorie.

Alte cauze ale leziunilor neurologice precum Lupusul Eritematos Sistemic și HIV sunt excluse.

17) Paralizie (pierderea capacităţii de utilizare a membrelor)

Este considerată pierderea totală și ireversibilă a capacităţii de utilizare a cel puţin 2 membre integrale din cauza unei răniri sau a unei boli. Această afecţiune trebuie să fie confirmată de către un medic specialist neurolog. Rănirile auto-provocate sunt excluse.

18) Boala Parkinson

Reprezintă diagnostic sigur de boala Parkinson idiopatică, stabilit de către un medic specialist neurolog. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de criteriile de mai jos:

1. Boala nu poate fi controlată prin medicaţie
2. Semne de debilitate progresivă și
3. Incapacitatea Asiguratului de a efectua (cu ajutor sau fără) a cel puţin 3 din următoarele 6 “Activităţi ale vieţii zilnice” pe perioadă continuă de cel puţin 6 luni:

Activităţile vieţii zilnice:

- Spălarea în cadă sau la duș (inclusiv intrarea în și ieșirea din cadă sau duș) sau spălatul prin alte mijloace;
- Îmbrăcarea, dezbrăcarea, încheierea și descheierea tuturor articolelor de îmbrăcăminte și dacă este cazul, a corsetelor, membrelor artificiale, protezelor sau a altor dispozitive chirurgicale;
- Transferul de pe un pat pe un scaun drept sau pe un scaun cu rotile și viceversa;
- Mobilitatea ca și mișcare în interior dintr-o cameră în alta pe suprafeţe plane;
- Igiena în sensul utilizării toaletei sau îndeplinirea, într-o altă modalitate, a funcţiilor vezicii urinare și a tranzitului intestinal pentru menţinerea unui nivel satisfăcător de igienă personală;
- Hrănirea singur odată ce hrana a fost preparată și pusă la dispoziţie;

Este exclus Parkinsonismul indus de medicamente sau de cauze toxice.

19) Intervenţia chirurgicală asupra aortei

Este considerată intervenţia chirurgicală majoră de a repara sau corecta un anevrism, o îngustare, obstrucţie sau disecţia aortei prin deschiderea chirurgicală a cutiei toracice sau abdomenului. În cadrul acestei definiţii, aorta va însemna artera toracică și abdominală, nu ramificaţiile sale.

Intervenţiile chirurgicale efectuate utilizând numai tehnici minim invazive sau intra-arteriale sunt excluse.

20) Boala Alzheimer/ Demenţă Severă (înaintea vârstei de 60 de ani)

Este considerată ca fiind deteriorarea permanentă sau pierderea capacităţii intelectuale confirmată prin evaluare clinică și teste de imagistică, rezultând din boala Alzheimer sau afecţiuni organice ireversibile și care determină o reducere semnificativă a activităţii mentale și sociale, ce necesită supraveghere continuă a persoanei asigurate. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de confirmarea clinică a unui medic specialist.

Excluderi:

- Afecţiuni non-organice precum nevroza și afecţiunile psihice și
- Leziunile creierului asociate consumului de alcool.

21) Hepatită fulminantă

Este considerată ca fiind necroza submasivă până la masivă a ficatului dată de către viruși hepatici ce determină rapid insuficienţă hepatică. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de toate criteriile următoare:

1. Scădere rapidă a dimensiunilor ficatului în ultimele 6 luni,

2. Necroză ce implică lobuli întregi, lăsând numai un cadru reticular colapsat,
3. Deteriorare rapidă a testelor funcţiei hepatice în ultimele 6 luni,
4. Icter care se accentuează și
5. Encefalopatie hepatică.

22) Hipertensiune pulmonară primitivă

Este considerată ca fiind hipertensiunea pulmonară primitivă susţinută de cel puţin trei din următoarele criterii:

1. Presiune în artera pulmonară de cel puţin 30 mm Hg sau peste, măsurată prin metode invasive,
2. Indicii ECG de hipertrofie cardiacă dreaptă (RV1 plus SV5 > 1,05 mV),
3. Concentraţia de oxigen sangvin redusă în stare de repaus și
4. Ecocardiografie: diametru mărit al ventriculului drept > 30 mm, în vizualizare ecografică de tipul M măsurată pe axul lung.

Diagnosticul trebuie să fie confirmat prin investigaţii ce includ cateterizare cardiacă.

23) Boală în stadiu terminal

Este considerat diagnosticul concludent și cert al unei boli care se așteaptă să cauzeze decesul Asiguratului în termen de 12 luni de la data diagnosticării. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut de un medic specialist.

Este exclusă orice Boală în Stadiu Terminal în prezenţa infectării cu HIV/SIDA.

24) Tumoră cerebrală benignă

Este considerată o tumoră benignă la nivel cerebral la care sunt întrunite condiţiile de mai jos:

1. Pune în pericol viaţa,
2. A cauzat leziuni la nivelul creierului sau lezări ale funcţiilor sale,
3. A suportat o îndepărtare chirurgicală sau, dacă este inoperabilă, a cauzat o deficienţă neurologică permanentă și
4. Prezenţa sa trebuie să fie confirmată de către un medic specialist neurolog sau neurochirurg și susţinută de rezultate obţinute prin tehnici imagistice concludente cum ar fi rezonanţă magnetică, tomografie computerizată sau alte investigaţii relevante.

Excluderi:

- Chisturi,
- Granuloame,
- Malformaţii vasculare,
- Hematoame și
- Tumori ale glandei pituitare sau ale măduvei spinării.

25) Encefalită

Este considerată ca fiind inflamaţia severă a substanţei cerebrale (emisfera cerebrală, trunchi cerebral sau cerebel) cauzată de o infecţie virală sau bacteriană, care determină deficienţă neurologică permanentă. Acest diagnostic trebuie să fie certificat de un medic specialist neurolog, iar deficienţa neurologică permanentă trebuie să fie documentată pentru o perioadă de cel puţin 6 săptămâni.

Exemple de deficienţă neurologică: tulburări de comportament, tulburări psihiatrice, întârziere în dezvoltare, parkinson post-encefalitic, epilepsie, paralizie/pareză/plegie.

Encefalita cauzată de infectia cu HIV este exclusă.

26) Poliomielită

Reprezintă apariţia poliomelitei acolo unde sunt întrunite în totalitate următoarele condiţii:

1. Poliovirusul este identificat ca fiind cauza,
2. Paralizia mușchilor membrelor sau mușchilor respiratorii trebuie să fie prezentă și să persiste timp de cel puţin 3 luni.

27) Meningită bacteriană

Este considerată infecţia bacteriană ce determină o inflamaţie severă a membranelor creierului sau măduvei spinării determinând o deficienţă neurologică semnificativă, ireversibilă și permanentă. Deficienţa neurologică trebuie să persiste timp de cel puţin 6 săptămâni. Acest diagnostic trebuie să fie confirmat de:

1. Prezenţa infecţiei bacteriene în lichidul cefalorahidian, evidenţiat prin puncţie lombară și
2. Diagnosticul precizat de medic specialist neurolog.

Deficienţă neurologică reprezintă: deficit cognitiv, deficit auditiv, deficit de vedere, deficit de vorbire, paralizie/pareză/plegie în diverse regiuni, deficit al unor nervi cranieni, ataxie, hipertonie musculară, epilepsie, tulburări de comportament.

Meningita bacteriană în prezenţa infectării cu HIV este exclusă.

28) Traumatism cranian major

Reprezintă leziunea craniană accidentală ce determină o deficienţă neurologică permanentă care trebuie să fi fost evaluată ca atare nu mai devreme de 6 săptămâni de la data accidentului. Acest diagnostic trebuie să fie confirmat de către un medic specialist neurolog și susţinut de rezultatele clare de imagistică medicală prin rezonanţă magnetică, tomografiei computerizată sau alte tehnici imagistice concludente.

Accidentul trebuie să fie cauzat în mod exclusiv și direct de factori accidentali, violenţi, externi, vizibili și independenţi de toate celelalte cauze.

Excluderi:

- Lezarea măduvei spinării și
- Leziuni craniene datorate oricăror alte cauze.

29) Sindrom apallic

Este considerat ca fiind necroza generalizată a cortexului cerebral fără afectarea trunchiului cerebral. Acest diagnostic trebuie să fie confirmat de un medic specialist neurolog. Această afectare a cortexului cerebral trebuie să fie documentată medical pentru o perioadă de cel puţin o lună.

30) Alte afecţiuni coronariene severe

Sunt considerate afecţiuni coronariene severe îngustarea lumenului a cel puţin o arteră coronariană cu minimum 75% și a altor două artere coronariene cu minim de necroză de 60%, fapt dovedit prin arteriografie coronariană (coronarografie), indiferent dacă a fost sau nu efectuată orice formă de intervenţie chirurgicală la nivelul arterei coronariene.

Arterele coronare sunt considerate ca fiind reprezentate de: trunchiul arterei coronare stângi, artera descendentă anterioară, artera circumflexă și artera coronară dreaptă.

Diagnosticul trebuie să fie susţinut de criteriile de mai jos:

1. Limitarea activităţii fizice,
2. Test ECG de stres cu subdenivelarea segmentului ST de cel puţin 2 mm în 2 derivaţii și
3. Deteriorarea cineticii a cel puţin două segmente ale mușchiului cardiac prezentate imagistic într-o ecografie de stres.

31) Sclerodermie progresivă

Reprezintă o afecţiune sistemică colagen-vasculară ce determină fibroză difuză progresivă la nivelul pielii, vaselor de sânge și organelor interne. Acest diagnostic trebuie să fie susţinut în mod cert de biopsie și dovada serologică, iar tulburarea trebuie să fi atins proporţii sistemice afectând astfel plămânii, cordul sau rinichii.

Excluderi:

- Sclerodermie localizată (sclerodermie liniară sau morphea morfea),
- Fasceită Eozinofilică și
- Sindrom CREST

32) Lupus Eritematos Sistemic cu Nefrită Lupică

Este o afecţiune auto-imună multi-sistemică, multi-factorială, caracterizată prin crearea de anticorpi îndreptaţi împotriva propriului ţesut renal. Cu privire la acest contract, lupusul eritematos sistemic va fi restricţionat la acele forme cu afectare renală (Clasa III până la Clasa V de nefrită lupică, diagnosticată prin biopsie renală și în conformitate cu clasificarea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii). Diagnosticul final trebuie să fie confirmat de un medic specialist reumatolog, imunolog sau nefrolog.

Clasificarea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii a Nefritei Lupice:

- Clasa I: Glomerulonefrită Lupică cu Modificare Minimă
- ClasaII: Glomerulonefrită Lupică Mesangială
- Clasa III: Glomerulonefrită Lupică Proliferativa Focal- segmentală
- Clasa IV: Glomerulonefrită Lupică Difuz Proliferativă

- Clasa V: Glomerulonefrită Lupică Membranoasă
- Clasa VI: Glomeruloscleroză

B) EXCLUDERI

Suma asigurată nu va fi plătită dacă afecţiunea este cauzată direct sau indirect de:

- orice condiţie preexistentă,
- o rănire sau o boală auto-provocată de către Asigurat, indiferent de starea de sănătate mentală a acestuia
- comiterea, tentativa sau provocarea unei agresiuni sau a unui delict sau participarea la revolte,
- utilizarea necorespunzătoare a medicamentelor sau abuzul de alcool,
- Sindromul Imunodeficienţei Dobândite (SIDA) sau infecţia cu HIV,
- radiaţii, reacţii nucleare sau contaminare radioactivă,
- otrăvirea, inhalarea de gaze sau vapori otrăvitori,
- o afecţiune apărută în perioada de aşteptare a contractului de aşteptare.

ARTICOLUL 8 - Notificarea evenimentului asigurat și plata beneficiilor

8.1. Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condiţiile prezentului contract de asigurare. În cazul depăşirii termenului de 30 de zile Societatea îşi rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat.

8.2. Toate notificările către Societate vor fi transmise în scris de către Titularul asigurării. Furnizarea documentelor suplimentare necesare pentru evaluarea solicitării de despăgubire va intra în sarcina Titularului asigurării. Toate costurile legate de obţinerea şi furnizarea informaţiilor necesare procesului de evaluare a solicitării de despăgubire vor intra exclusiv în sarcina Titularului asigurării; aceste costuri nu pot face obiectul solicitării de despăgubire.

8.3. Notificarea scrisă transmisă Asigurătorului va conţine următoarele elemente dacă este cazul:

a) numărul poliţei de asigurare;

b) descrierea detaliată a accidentului și numele eventualilor martori;

c) orice rapoarte ale organelor de poliţie cu privire la accident;

d) raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea vătămărilor și să precizeze diagnosticul precis;

e) documente legale care să stabilească identitatea Asiguratului;

f) orice alte documente necesare pentru evaluarea dosarului de despăgubire , precum fișe medicale intregrale, copii ale documentelor medicale emise de către medicii specialiști, rezultatele diferitelor investigaţii (RMN, CT, biopsii, mamografii etc.) și altele.

8.4. În cazul în care Societatea va considera necesar, Asiguratul se va prezenta la un control medical pentru orice tip de examinare medicală, costurile aferente fiind suportate de Societate. După orice vătămare corporală sau îmbolnăvire, Asiguratul va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea urmării recomandărilor primite. Societatea nu va fi responsabilă pentru consecinţele apărute în urma refuzului Asiguratului de a obţine și a urma recomandările, prescripţiile și tratamentele necesare indicate.

8.5. Dosarul de despăgubire va fi analizat după ce Societatea intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Societatea va efectua plata indemnizaţiilor de asigurare în termen de 30 zile calendaristice de la data la care documentaţia solicitată este completă. Această plată nu este purtătoare de dobânzi.

8.6. În cazul în care documentele și informaţiile puse la dispoziţie de către solicitantul despăgubirii conţin informaţii contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituţiile medicale sau alte autorităţi, Societatea va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare, în condiţiile prevăzute la articolul “Încetarea contractului de asigurare”.

8.7. Plata tuturor indemnizaţiilor se va efectua de Societate, conform indicaţiilor Beneficiarului/ Asiguratului direct în contul acestuia (aflat în România sau în străinătate).

8.8. Dacă este solicitată o indemnizaţie aferentă unui eveniment asigurat, ce a avut loc în perioada de graţie, prima scadentă va fi scăzută din suma oricărui beneficiu pe care Societatea este obligată să îl plătească în conformitate cu prezentul contract de asigurare.

8.9. Dacă Asiguratul dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, această situaţie se asimilează cu decesul Asiguratului numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă a unei instanţe judecătorești.

8.10. În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul/Titularul împiedică Asigurătorul să determine cauzele evenimentului asigurat sau transmite Asigurătorului informaţii incorecte sau false cu privire la cauzele producerii evenimentului asigurat ori în susţinerea cererii de despăgubire, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizaţiei de asigurare și să rezilieze contractul de asigurare.

Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii privind plata oricărei indemnizaţii de asigurare, în cazul în care fost instituită sau iniţiată o anchetă sau o procedură penală împotriva Asiguratului cu privire la evenimentul asigurat, până la finalizarea acelor proceduri penale.

ARTICOLUL 9 - Contractul suplimentar ca parte a a contractului de asigurare de bază

9.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

9.2. Următoarele articole ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextual acestui contract suplimentar;

a. „Sinuciderea”

b. „Schimbarea planului de asigurare”

c. „Opţiuni în eventualitatea întreruperii plăţii primelor”, paragraful “Asigurarea cu Sumă Asigurată Redusă”

d. „Răscumpărarea contractului de asigurare”

e. “Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”

f. “Opţiuni de plată a beneficiilor”

g. “Indexarea”

ANEXA - Exemplu de calcul al Primei de asigurare

În funcţie de Suma Asigurată solicitată şi de vârsta persoanei asigurate la momentul calculării – achiziţia poliţei sau recalculările aniversare la fiecare 5 (cinci) ani de contract.

Vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei	Prima de Asigurare pentru o Suma Asigurată de 10.000 Lei
18	52,51
19	52,93
20	53,41
21	53,82
22	54,42
23	55,22
24	56,24
25	57,45
26	58,91
27	60,65
28	62,69
29	64,63
30	66,60
31	68,56
32	70,58
33	72,59
34	74,68
35	76,65
36	78,63
37	81,05
38	83,94
39	87,42
40	91,48
41	96,10

Vârsta Asiguratului la aniversarea poliţei	Prima de Asigurare pentru o Suma Asigurată de 10.000 Lei
42	101,90
43	108,60
44	115,99
45	122,84
46	130,85
47	139,38
48	148,56
49	158,46
50	167,51
51	177,29
52	187,53
53	198,14
54	210,81
55	222,37
56	235,02
57	248,16
58	261,91
59	276,14
60	289,15
61	301,28
62	313,87
63	327,05
64	340,99
65	329,39

Contract suplimentar

Clauza Top Protect (L063)

Because life matters most.
further

Termeni și Condiţii Contractuale

ARTICOLUL 1 - Prevederi generale

1.1. Acest contract suplimentar constituie o parte integrantă a contractului de asigurare de bază căruia îi este anexat și este valabil numai dacă numărul formularului contractului suplimentar este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.2. Acest contract este emis pentru acoperirea vieţii Asiguratului, al cărui nume apare în poliţa de asigurare, după formularea unei solicitări scrise la momentul completării cererii pentru asigurarea de bază sau la o dată ulterioară într-o formă acceptată de Societate.

1.3. În afara Asiguratului principal, acest contract suplimentar poate oferi protecţie și dependenţilor Asiguratului, dacă numele acestora, beneficiile corespunzătoare, sumele asigurate și primele sunt menţionate în poliţa de asigurare sau într-o anexă.

1.4. Pentru emiterea acestui contract suplimentar sunt necesare plata unei prime de asigurare suplimentare, completarea chestionarului medical și acordul Societăţii. Valoarea primei de asigurare este menţionată în poliţa de asigurare sau în anexe.

1.5. Acest contract suplimentar se încheie pe o durată iniţială de 1 (un) an și poate fi reînnoit pentru perioade succesive de câte 1 an, dacă noile condiţii și prima de asigurare din fiecare an contractual, notificate în avans de Societate către Titularul poliţei, vor fi acceptate de acesta.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica condiţiile și/sau primele de asigurare aferente acestui contract suplimentar la orice aniversare a poliţei sau la repunerea în vigoare a poliţei. Condiţiile și/sau prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare Titularului poliţei de asigurare cu minimum 30 de zile înainte de fiecare aniversare a contractului suplimentar.

Condiţiile propuse de Societate pentru un nou an contractual vor fi considerate acceptate dacă:

a) Titularul poliţei plătește integral prima de asigurare stabilită de Societate pentru anul următor de asigurare până la data scadentă sau în perioada de graţie;

b) În cazul Titularului de poliţă care a ales ca metoda de plată debitarea automată , noile condiţii de asigurare vor fi considerate acceptate dacă acesta nu a notificat în scris Asiguratorul cu privire la neacceptarea modificărilor propuse, în termen de 30 de zile de la comunicare;

c) Celelalte prevederi din prezentul contract suplimentar sunt respectate.

În cazul în care noile condiţii de asigurare nu au fost acceptate de către Titular, prezentul contract suplimentar va înceta de drept la data aniversării.

ARTICOLUL 2 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

Data intrării în vigoare a acestui contract suplimentar va fi aceeași cu cea prevăzută în poliţa de asigurare, cu excepţia cazului în care contractul suplimentar a fost atașat asigurării de bază sau confirmat printr-o anexă la o dată ulterioară. În acest caz, data intrării în vigoare a acestui contract suplimentar va fi cea specificată în anexa corespunzătoare.

ARTICOLUL 3 - Definiţii

Accident: eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare care survine independent de voinţa Asiguratului și care are ca urmare vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și este cauzată de acţiunea bruscă asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici, electrici, etc.). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu exhaustivă): accident vascular cerebral, atac ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu pot fi incluse în această categorie.

Act de terorism: acte, inclusiv, dar fără limitare la: utilizarea forţei sau a violenţei și/ sau ameninţarea cu acestea de către oricare persoană sau grup/ grupuri de persoane, care acţionează singure sau în numele sau în legătură cu orice organizaţie/ organizaţii sau guvern/ guverne, comise din motive politice, religioase, ideologice sau similare, inclusiv cu intenţia de a influenţa orice guvern și/ sau de a induce sentimentul de teamă publicului sau oricărei părţi din public; sau utilizarea oricărei/ oricărui substanţe, material, dispozitiv sau arme biologice, chimice, radioactive sau nucleare.

Afecţiuni cognitive: afecţiuni care afectează semnificativ funcţia cognitivă a unei persoane până în punctul în care funcţionarea normală în societate este imposibilă fără tratament, după cum este definit în cea mai recentă versiune a Manualului de Diagnostic și Statistic al Afecţiunilor Mentale (DSM-V).

Asigurat/ Beneficiar: Persoană fizică rezidentă în România, care locuiește permanent în România și care îndeplinește condiţiile de eligibilitate la data semnării Cererii de asigurare, a cărei stare de sănătate constituie obiectul asigurării. Asiguratul are obligaţia să informeze Societatea despre orice schimbare legată de statutul de rezident permanent în România.

Asigurător: MetLife Europe Designated Activity Company, o societate Irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăţilor din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062, prin sucursala sa din România, Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, cu sediul social în Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerţului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/135/07.01.2016, având cod unic de identificare 35383464 (denumită în continuare și “Societatea”).

Asistenţă medicală pentru monitorizare: orice investigaţie a unui diagnostic și/sau serviciu de monitorizare / supraveghere (de către un medic cu expertiză pentru boala / afecţiunea tratată), ulterior tratamentului în străinătate, utilizat(ă) pentru:

- a identifica dacă este posibil ca Asiguratul să sufere de o boală sau afecţiune medicală în viitor sau
- a preveni o boală sau afecţiunea medicală să apară sau să reapară în viitor și pentru care nu sunt prezente la momentul actual simptome și/sau semne clinice.

Further: Further Underwriting International SLU. - o companie care oferă următoarele servicii medicale asociate poliţei de asigurare: A Doua Opinie Medicală și Servicii Medicale Personalizate.

A Doua Opinie Medicală: o a doua opinie medicală cu privire la diagnosticul afecţiunilor acoperite. Aceasta implică colectarea și analiza fișelor medicale aparţinând pacientului, pentru ca mai apoi acesta să primească un raport din partea Further, care conţine o a doua opinie medicală din partea unui medic specialist.

Serviciul Medical Personalizat: un serviciu prin care Further, în baza unui dosar de despăgubire aprobat, stabilește toate detaliile în legătură cu tratamentul medical al unei persoane, ca urmare a prezentei asigurări. Acesta include suplimentar și monitorizarea cazului.

Beneficii: Serviciile și acoperirile pe care Asiguratul are dreptul să le primească conform contractului de asigurare.

Boală/ afecţiune: orice tulburare de structură sau funcţie a corpului, a unui sistem sau a unui organ cu un set de semne și simptome identificabile și caracteristice sau modificări anatomice consecvente. Diagnosticul unei boli/ a unei afecţiuni trebuie stabilit de către un medic legal autorizat. O boală se va considera a include toate leziunile și efectele rezultate din același diagnostic, precum și toate afecţiunile provocate de aceeași cauză sau cauze asociate. În cazul în care o afecţiune este provocată de aceeași cauză care a produs o boală anterioară sau o cauză asociată, boala va fi considerată continuarea celei anterioare și nu o boală separată.

Cancer non-invaziv sau „în situ”: tumoră malignă care este limitată la epiteliul de unde provine și care nu invadează stroma (reţeaua de suport a unui organ, alcătuită din ţesut conjunctiv, vase și nervi) sau ţesuturile înconjurătoare.

Cerere de Asigurare: formularul pe care Asiguratul și/ sau Titularul trebuie să îl completeze și să îl semneze sau să consimtă prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, pe propria răspundere și care conţine informaţii necesare în vederea încheierii contractului de asigurare (inclusiv, dar fără a se limita la date cu privire la Titular/ Asigurat), precum și manifestarea de voinţă și consimţământul Titularului și, după caz, a Asiguratului pentru încheierea asigurării.

Certificat medical preliminar: o aprobare scrisă, emisă de Further și/ sau Asigurător care confirmă acoperirile contractului de asigurare, înainte ca orice tratamente, servicii medicale și prescripţii legate de evenimentul asigurat să fie efectuate în spitalul indicat, în afara României și a Statelor Unite ale Americii.

Chestionar medical: formularul completat și semnat sau consimţit prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, de către Asigurat, înainte de emiterea poliţei și care este baza analizei de risc efectuată de către Asigurător. În cazul minorilor, formularul va fi completat și semnat sau consimţit prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, de către Titular sau tutorele legal al Asiguratului.

Chirurgie Reconstructivă: Proceduri care sunt menite să reconstruiască o structură pentru a corecta pierderea funcţiei sale.

Condiţie preexistentă: orice boală sau condiţie medicală a Asiguratului raportată, diagnosticată ca atare de un medic, tratată, sau ale cărei simptome au fost documentate medical, în ultimii 10 ani înainte de data de intrare în vigoare a contractului de asigurare sau înainte de repunerea în vigoare a contractului.

Contract de asigurare suplimentar: act juridic bilateral prin care Titularul asigurării se obligă să plătească prima de asigurare Asigurătorului în schimbul preluării de către acesta a riscurilor asigurate. Contractul de asigurare suplimentar cuprinde: prezentele condiţii de asigurare, împreună cu anexele și actele adiţionale (dacă există), chestionarul medical definit în prezentele condiţii contractuale. Contractul de asigurare suplimentar constituie o parte integrantă a contractului de asigurare de bază.

Data expirării contractului de asigurare: data la care drepturile Asiguratului și răspunderea Asigurătorului încetează și riscurile nu mai sunt acoperite conform contractului de asigurare.

Data intrării în vigoare a contractului de asigurare: Data intrării în vigoare a acestui contract suplimentar este aceeași cu data prevăzută în poliţa de asigurare, cu excepţia cazului în care contractul suplimentar a fost ataşat asigurării de bază sau confirmat printr-o anexă la o dată ulterioară. În acest caz, data intrării în vigoare a acestui contract suplimentar va fi cea specificată în anexa corespunzătoare.

Dosar de despăgubire: notificarea de către Asigurat către Further a unei afecţiuni confirmate în baza procesului indicat în prezentele condiţii drept o afecţiune acoperită sau care necesită o procedură medicală acoperită.

Dependent: partenerul/ copiii necăsătoriţi/ părinţii Asiguratului major sau părinţii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor, care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexă la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-Asiguraţi de către Societate. Termenul Copil include un copil natural, copil vitreg sau un copil adoptat legal.

Termenul „Dependent” nu va include un copil necăsătorit aflat în întreţinere cu vârsta mai mare de 18 ani, cu excepţia celor prevăzute în alineatul următor.

Termenul „Dependent” va include un copil necăsătorit, aflat în întreţinere, cu vârsta mai mare de 18 ani, dar mai mică de 23 ani, în cazul în care:

- copilul nu este angajat permanent cu normă întreagă sau nu este liber profesionist și
- copilul este student la zi și
- copilul se află în principal în întreţinerea Titularului Poliţei sau a partenerului Titularului Poliţei (sau Asiguratului Principal sau a partenerului Asiguratului Principal) pentru suport și îngrijire.

Orice restricţie adiţională cu privire la dependent/ co-Asigurat ce derivă din termenii și condiţiile contractului de bază este aplicabilă în totaliltate acestui contract suplimentar.

Excludere: o situaţie sau afecţiune pentru care Asigurătorul nu datorează plata serviciilor medicale și nu va acorda serviciile menţionate în condiţiile contractuale, în cazul notificării producerii evenimentului asigurat. Excluderile sunt enumerate la articolul 7 al prezentului document.

Îmbolnăvire: modificarea non-accidentală, organică sau funcţională a stării normale de sănătate a Asiguratului, a cărei confirmare și diagnosticare este realizată de către un medic legal autorizat.

Toate leziunile și efectele care decurg din același diagnostic, precum și toate afecţiunile având aceeasi cauză sau cauze conexe, sunt considerate aceeași afecţiune. În cazul în care o afecţiune se datorează aceleiași cauze care a produs o îmbolnăvire anterioară sau unei cauze conexe, afecţiunea este considerată ca o continuare a celei anterioare și nu ca o afecţiune separată.

Inginerie tisulară: aceste produse conţin celule sau ţesuturi care au fost modificate astfel încât să poată fi utilizate pentru a repara, regenera sau înlocui ţesutul uman.

Intervenţie chirurgicală: orice operaţie cu scop de diagnosticare sau terapeutic efectuată prin incizie sau prin alte metode invazive, de către un chirurg, într-un spital dotat cu bloc operator.

Medic: Profesionist autorizat legal să practice medicina și membru al Colegiului Medicilor.

Medic cardiolog: Medic care este specializat și recunoscut oficial drept medic cardiolog de către consiliul local al medicilor în vederea diagnosticării și tratării bolilor și afecţiunilor inimii și vaselor de sânge.

Medicaţie: orice substanţă sau combinaţie de substanţe care poate fi folosită sau administrată de Asigurat, fie pentru restabilirea, corectarea sau modificarea funcţiilor fiziologice prin exercitarea unei acţiuni farmacologice, imunologice sau metabolice, fie pentru stabilirea unui diagnostic medical, și care se poate obţine numai pe bază de prescripţie medicală eliberată de un medic și este distribuită de către un farmacist licenţiat. O prescripţie medicală eliberată pentru denumirea comercială a unui medicament este valabilă pentru un medicament cu aceleași substanţe active, putere și formă de dozaj, dar cu o denumire comercială diferită.

Medicină alternativă: sistem medical și de îngrijire, practici și produse care în prezent nu sunt considerate ca făcând parte din medicina tradiţională și tratamentul standard, incluzând, fără a se limita la: acupunctură, aromaterapie, chiropractică, homeopatie, medicină naturistă, medicină holistică, Ayurveda, medicină tradiţională chinezească sau medicină osteopatică.

Necesar medical: servicii de sănătate și materiale medicale, care:

- sunt prescrise Asiguratului în scopul tratării unei boli acoperite sau stabilirii unei proceduri medicale acoperite în vederea îmbunătăţirii stării medicale a Asiguratului și;
- sunt recunoscute drept eficiente în îmbunătăţirea stării de sănătate în baza tratamentelor conforme, în ceea ce privește tipul, frecvenţa și durata, cu diagnosticul, conform literaturii de specialitate și a investigaţiilor medicale publicate sau a ghidurilor de practică Americane, Britanice și/sau Europene fundamentate științific (în mod specific, Ghidurile de practică în oncologie NCCN privind tratamentul cancerului, Clauza 5, Modulul 1 de acoperire - Cancer) și;
- sunt eficiente din punct de vedere al costului comparativ cu tratamente alternative care au rezultate similare, inclusiv lipsa tratamentului și
- sunt necesare din alte motive decât confortul sau accesibilitatea Asiguratului sau a Medicului său.

Faptul că un Medic poate recomanda, prescrie, impune sau aproba un serviciu sau un produs nu stabilește neapărat faptul că serviciul sau produsul este considerat necesar din punct de vedere medical în cadrul prezentei poliţe de asigurare.

Partener: partenerul legal (soţ/ soţie), partenerul civil sau, în cazul în care Titularul este necăsătorit, o persoană peste 18 ani care locuiește împreună cu Titularul și este din punct de vedere financiar dependent de Titular (sau depind reciproc unul de altul). Partenerul nu poate fi o rudă a Titularului/ Asiguratului, altul decât partenerul legal sau civil, iar Titularul poate numi o singură persoană, în calitate de Partener. Partenerul poate fi de același sex cu Titularul sau de sex opus.

Perioada de excludere: 180 de zile de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare, de la includerea unui nou Asigurat sau de la data repunerii în vigoare a contractului, perioadă în care orice afecţiune diagnosticată sau care prezintă primele simptome documentate medical nu va fi eligibilă pentru oricare beneficiu al poliţei de asigurare, pe întreg parcursul contractului de asigurare.

Perioada de despăgubire: perioadă de treizeci și șase (36) de luni ce va începe de la data primei cheltuieli medicale acoperite (conform articolului 6.2) pentru Tratamentul în străinătate.

Pentru fiecare Modul de Acoperire se va calcula o Perioadă de despăgubire separată (Perioadă de Despăgubire Aplicabilă), la data la care primul Dosar de despăgubire deschis pentru respectivul Modul de acoperire va duce la efectuarea unei cheltuieli medicale acoperite în baza contractului de asigurare.

Perioada de Despăgubire Aplicabilă este perioada de timp pe parcursul căreia beneficiile contractului de asigurare sunt plătibile pentru toate Dosarele de despăgubire acceptate în cadrul aceluiași Modul de acoperire.

Poliţa de asigurare: document eliberat de Asigurător, care dovedește existenţa unui contract de asigurare și care detaliază beneficiile, primele de plată, sumele și persoanele asigurate ale poliţei, numele Titularului, precum și data intrării în vigoare și data expirării contractului de asigurare.

Prima de asigurare: suma ce trebuie plătită de către Titularul asigurării, în schimbul preluării riscurilor asigurate de către Asigurător, în conformitate cu prevederile prezentului contract. Prima de plată se plătește conform frecvenţei aleasă de Titularul poliţei, prin modalităţile puse la dispoziţie de Societate.

Proteza: un dispozitiv care înlocuiește total sau parţial un organ sau o funcţie a unei părţi a corpului, inoperabilă sau disfuncţională.

Rezident Permanent în România: persoana fizică care are domiciliul /reședinţa stabilă, locuiește cu caracter permanent și are centrul intereselor vitale în România.

Risc asigurat: un eveniment viitor, posibil, dar incert, la care este expusă viaţa sau sănătatea Asiguratului. Riscurile asigurate sunt specificate în poliţa de asigurare.

Suma asigurată: Suma maximă stabilită în contractul de asigurare, care este plătită în cazul în care survine evenimentul asigurat, asa cum este acesta definit în prezentele condiţii contractuale.

Tulburări cognitive: tulburări care afectează semnificativ funcţia cognitivă a unui individ până în punctul în care funcţionarea normală în societate este imposibilă fără tratament, așa cum este definită de cea mai recentă versiune a Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale (DSM-V).

Spital: o unitate sanitară publică sau privată, autorizată legal să furnizeze tratament pentru boli sau vătămări corporale, care dispune de facilităţi și personal organizate pentru diagnosticare și intervenţii chirurgicale și care furnizează servicii de asistenţă medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;

Spitalizare: rezidenţa ca pacient pentru cel puţin o noapte, într-un spital sau clinică medicală.

Terapie cu celule somatice: produse care conţin fie celule sau ţesuturi care au fost modificate pentru a-și schimba caracteristicile biologice, precum și/sau celule sau ţesuturi care nu sunt destinate a fi utilizate pentru aceleași funcţii esenţiale în organism. Ele pot fi folosite pentru a vindeca, diagnostica sau preveni anumite boli / afecţiuni.

Terapia cu celule T CAR (terapie cu celule T CAR cu receptorul antigen chimeric): tip de tratament în care celulele T ale unui pacient (un tip de celulă a sistemului imunitar) sunt modificate în laborator, astfel încât acestea vor ataca celulele canceroase. Celulele T sunt prelevate din sângele pacientului. Ulterior, gena pentru un receptor special care se

leagă la o anumită proteină a celulelor canceroase ale pacientului este adăugată în laborator. Receptorul special este numit receptor himeric de antigen (CAR). În laborator se crește un număr mare de celule T CAR, pentru ca apoi să fie administrate pacientului prin perfuzie.

Terapie genetică: produse care conţin gene care duc la un efect terapeutic, profilactic sau diagnostic. Aceste produse funcţionează prin inserarea genelor „recombinante" în organism, de obicei pentru a trata o varietate de boli, inclusiv tulburări genetice, cancer sau boli pe termen lung. O genă recombinantă este o întindere de ADN sau ARN creată în laborator, reunind ADN sau ARN din surse diferite.

Titularul asigurării: este o persoană fizică sau juridică, care încheie acest contract cu Asigurătorul în favoarea Asiguratului sau Dependenţilor/ co-Asiguraţilor. Titularul poliţei are toate obligaţiile legate de această poliţă, exceptând obligaţiile ce survin Asiguratului sau Dependentului/ co-Asiguratului.

Tratament experimental: un tratament, procedură, schemă de tratament, echipament, medicament sau produs farmaceutic, destinat pentru uz medical sau chirurgical, care nu a fost universal acceptat ca fiind sigur, eficient și adecvat pentru tratamentul bolilor sau vătămărilor corporale, de către organizaţiile ştiinţifice recunoscute de comunitatea medicală internaţională sau care este în curs de studiu, de cercetare, de testare sau în orice stadiu de experimentare clinică.

Tratament în străinătate: Tratament medical aranjat de Further pe durata Perioadei de despăgubire, aplicabil în afara României, excluzând SUA, Japonia și Elveţia și plătit prin această Poliţă.

Vătămare corporală: orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un accident.

ARTICOLUL 4 - Obiectul asigurării

Obiectul prezentului contract suplimentar de asigurare este acela de a oferi Asiguratului acoperire pentru serviciile medicale, cheltuielile și procedurile medicale necesare tratamentului bolilor acoperite de prezentul contract, atunci când sunt îndeplinite cumulativ condiţiile de mai jos:

- Serviciile și procedurile medicale oferite ca beneficii prin contractul de asigurare se efectuează în timpul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare, sub rezerva duratei limitate a Perioadei de Despăgubire Aplicabilă;
- Afecţiunea în cauză nu reprezintă o condiţie preexistentă, așa cum este aceasta definită mai sus;
- Afecţiunea sau condiţia medicală ce face obiectul despăgubirii nu a fost diagnosticată, tratată și niciun simptom relevant nu a fost documentat medical în timpul perioadei de excludere aplicabilă, conform condiţiilor contractuale;
- Tratamentul este necesar din punct de vedere medical;
- Cheltuielile se încadrează în Suma Asigurată și limitele prevăzute în Contractul de asigurare;
- Tratamentul este facilitat de către Further, în conformitate cu procedura de despăgubire prevăzută în articolul 8;
- Cheltuielile sunt ocazionate în afara României, Elveţiei, Japoniei și a Statelor Unite ale Americii, cu excepţia următoarelor costuri:
  - Costurile medicamentelor acoperite conform Articolului 6.5.A, Situaţia A;
  - Costurile cu Asistenţa medicală pentru monitorizare după întoarcerea de la tratamentul în străinătate, acoperite conform Articolului 6.5.B, Situaţia A.
- Cheltuielile medicale sunt ocazionate în România, astfel:
  - Costurile medicamentelor acoperite conform Articolului 6.5.A, Situaţia A;
  - Costurile cu Asistenţa medicală pentru monitorizare după întoarcerea de la tratamentul în străinătate, acoperite conform Articolului 6.5.B, Situaţia A.
- Cheltuielile pentru orice diagnostic, tratament, servicii, materiale sau prescripţii medicale sunt acoperite de contractul de asigurare, conform Articolului 6.

ARTICOLUL 5 - Îmbolnăvirile/ afecţiunile şi procedurile medicale acoperite

Următoarele boli și proceduri medicale sunt acoperite de contractul de asigurare:

ÎMBOLNĂVIRILE / AFECȚIUNILE MEDICALE ACOPERITE

MODULUL 1 de acoperire: Cancer

5.1 Tratamentul cancerului

Tratamentul oricărei tumori maligne incluzând leucemia, sarcomul și limfomul, caracterizată prin creșterea necontrolată, răspândirea celulelor maligne și invazia ţesuturilor, precum și orice modificare pre-canceroasă a celulelor care sunt clasificate citologic sau histologic drept displazie de grad înalt sau displazie severă și cancer „in-situ" care este limitată la epiteliul unde își are originea și nu a invadat stroma sau ţesuturile din jur.

PROCEDURILE MEDICALE ACOPERITE

Următoarele proceduri medicale sunt acoperite prin contractul de asigurare atunci când boala / afecţiunea de bază care face obiectul procedurii nu are legătură cu tratamentul cancerului.

MODULUL 2 de acoperire: Proceduri cardiovasculare

5.2 Intervenţie chirurgicală de by-pass coronarian (revascularizaţie miocardică)

Intervenţia pe cale chirurgicală, la indicaţia unui specialist cardiolog, pentru a corecta îngustarea sau blocarea unora sau mai multor artere coronare utilizând grefe by-pass.

5.3 Înlocuirea sau corecţia valvei cardiace

Intervenţia chirurgicală, la recomandarea unui specialist cardiolog, pentru a înlocui sau corecta una sau mai multe valve cardiace, indiferent dacă aceasta este realizată printr-o intervenţie cu deschiderea cavităţii toracice, o intervenţie minim invazivă sau prin cateterism cardiac la recomandarea unui medic cardiolog consultant.

MODULUL 3 de acoperire: Neurochirurgie

5.4 Chirurgia intracraniană și Chirurgia specifică măduvei spinării

Orice intervenţie chirurgicală asupra creierului sau a oricărei structuri intracraniene, precum și asupra oricărei tumori benigne localizate în măduva spinării.

MODULUL 4 de acoperire: Transplant

5.5 Transplant de organ de la un donator în viaţă/ de măduvă osoasă

Transplant chirurgical în care Asiguratul primește un rinichi, un segment de ficat, un lob pulmonar, o secţiune de pancreas sau măduvă osoasă (autolog sau alogen) de la un donator compatibil, în viaţă.

ARTICOLUL 6 – Servicii și cheltuieli acoperite

Poliţa va acoperi următoarele servicii, cheltuieli și beneficii pecuniare (până la limitele indicate în condiţiile contractului), în legătură cu afecţiunile și procedurile medicale acoperite, după cum este detaliat în Articolul 5:

6.1. Servicii acoperite anterior primirii tratamentului în străinătate - A doua opinie medicală:

Asiguratul va avea dreptul să solicite către Further, la momentul deschiderii dosarului de despăgubire, o a doua opinie medicală pentru a confirma sau infirma diagnosticul unei boli sau proceduri medicale acoperite și pentru a primi un plan optim de tratament personalizat.

A doua opinie medicală poate fi solicitată o singură dată pentru fiecare eveniment asigurat.

6.2. Cheltuieli medicale acoperite în timpul tratamentului în străinătate

Cheltuielile medicale pentru tratamentul în străinătate al afecţiunilor prevăzute la Articolul 5, în limitele prevăzute în contractul de asigurare, includ:

1. Cheltuieli ocazionate de: spitalizare, cazare, masă și servicii de asistenţă medicală generală în timpul ședерii Asiguratului într-o cameră, salon sau secţie a spitalului sau într-o unitate de terapie intensivă sau de monitorizare.

Aceste cheltuieli pot fi extinse și la:

- alte servicii spitalicești, inclusiv cele oferite de un departament al spitalului, în ambulatoriu, precum și cheltuielile cu privire la costul unui pat suplimentar pentru însoţitor dacă spitalul oferă acest serviciu;
- utilizarea unei săli de operaţie și a tuturor serviciilor din cadrul unei săli de operaţie.

2. Cheltuieli dintr-o clinică medicală de zi sau centru de tratament independent, dar numai în cazul în care tratamentul, intervenţia chirurgicală sau prescripţia medicală ar fi fost acoperite de contractul de asigurare dacă ar fi fost efectuate într-un spital.
3. Cheltuieli cu un medic, cheltuieli pentru examinare, tratament, îngrijire medicală sau intervenţie chirurgicală.
4. Cheltuieli cu vizita medicului în timpul spitalizării.
5. Cheltuieli pentru următoarele servicii medicale și chirurgicale, tratamente sau prescripţii medicale:
   - Pentru anestezie și administrarea de anestezice, cu condiţia ca acestea să fie efectuate de către un anestezist calificat;
   - Analize de laborator și anatomo-patologie, radiografii în scopul pregătirii tratementului, radioterapie, izotopi radioactivi, chimioterapie, electrocardiograme, ecocardiografie, mielografii, electroencefalograme, angiografii, tomografie computerizată și alte teste similare și tratamente necesare pentru diagnosticarea și tratamentul unei boli acoperite sau proceduri medicale acoperite, atunci când sunt efectuate de către un medic sau sub supraveghere medicală;
   - Cheltuieli cu transfuzii de sânge, administrarea de plasmă și ser;
   - Cheltuielile legate de utilizarea de oxigen, administrarea de soluţii pe cale intravenoasă și soluţii injectabile;
   - Radioterapie: radiaţii cu energie ridicată pentru a reduce în dimensiuni tumorile și a distruge celulele canceroase cu raze X, raze gamma și particule încărcate, transmise de un dispozitiv în afara corpului (radioterapie cu fascicul extern) sau prin materie radioactivă introdusă în corp, în apropierea celulelor (radioterapie internă, brahiterapie);
   - Chirurgie Reconstructivă pentru a repara sau reconstrui o structură afectată sau excizată prin proceduri medicale aranjate și acoperite de acest contract;
   - Tratament pentru complicaţii sau efecte adverse asociate procedurilor medicale aranjate și acoperit de acest contract care:
     - Necesită atenţie medicală imediată într-un spital sau clinică medicală și
     - Trebuie să i se acorde atenţie anterior declarării asiguratului ca fiind apt din punct de vedere medical să călătorească pentru a se întoarce în România după finalizarea etapei de tratament în străinătate.
6. Cheltuieli pentru medicaţie administrată pe bază de prescripţie medicală, în timp ce Asiguratul este spitalizat pentru tratamentul unei boli acoperite sau efectuării unei proceduri medicale acoperite. Cheltuielile cu medicaţia prescrisă pentru tratamentul post-operatoriu sunt acoperite timp de 30 de zile de la data la care Asiguratul a finalizat etapa de tratament primit în afara României și a Statelor Unite ale Americii și numai atunci când acestea sunt achiziţionate anterior întoarcerii în România.
7. Cheltuielile pentru transferurile și transportul la sol sau aerian cu ambulanţa, dacă este indicat și prescris de un medic și aprobat în prealabil de către Further, inclusiv transferul din Romania către destinaţia de tratament din străinătate.
8. Cheltuielile pentru serviciile prestate la un donator în viaţă în timpul procesului de prelevare a unui organ cu scopul de a fi transplantat Asiguratului, care decurg din:
   - Analizele necesare pentru a identifica un donator compatibil în rândul membrilor familiei Asiguratului;
   - Servicii spitalicești prestate donatorului, inclusiv cazare într-o cameră de spital, secţie sau salon, masă, servicii de asistenţă medicală generală, servicii prestate în mod curent de personalul spitalului, teste de laborator și

utilizarea echipamentului și alte facilităţi spitalicești (excluzând articole de uz personal care nu sunt necesare în timpul procesului de prelevare a organului sau ţesut care urmează a fi transplantate);

- Intervenţiile chirurgicale și serviciile medicale efectuate în scopul prelevării unui organ sau ţesut donor pentru a fi transplantate Asiguratului.

9. Pentru serviciile și materialele furnizate pentru culturi de măduvă osoasă conexe unui transplant de ţesut, în scopul de a fi aplicate Asiguratului. Acoperirile vor fi aplicabile numai cheltuielilor intervenite începând cu data emiterii certificatului medical preliminar.

10. Clauza de forţă majoră

În cazul în care orice forţă majoră sau restricţii logistice sau operaţionale impuse de autorităţile locale sau internaţionale împiedică Further să facă aranjamentele pentru Tratamentul în străinătate a Asiguratului, Further va aranja furnizarea beneficiilor prevăzute în prezentul Articol 6.2 („Cheltuieli medicale acoperite în timpul tratamentului în străinătate") în România, cu condiţia ca aceleași restricţii logistice sau operaţionale să nu împiedice aranjarea unei alternative echivalente și viabile din punct de vedere medical în România.

Beneficiile prevăzute în Articolul 6.2 („Cheltuieli medicale acoperite în timpul tratamentului în străinătate") vor fi disponibile în România numai până în momentul în care Further va putea confirma restabilirea modului de tratament în străinătate.

Beneficiile oferite în România vor fi plătite în plus faţă de orice asigurare publică / privată de sănătate deţinută de Asigurat.

6.3. Cheltuieli nemedicale acoperite în timpul tratamentului în străinătate

Contractul de asigurare va acoperi următoarele cheltuieli nemedicale (cu respectarea limitelor prezentate în Anexa cererii de asigurare) care apar în legătură cu Tratamentul în străinătate aranjat și plătit prin acest contract de asigurare, în condiţiile stabilite în Certificatul Medical Preliminar.

A. Cheltuielile de repatriere

În cazul în care Asiguratul și/sau donatorul în viaţă, în cazul transplantului, decedează în afara României în timp ce primește tratamentul stabilit prin acest contract de asigurare, toate aranjamentele necesare repatrierii și plata cheltuielilor de repatriere vor fi făcute de către Asigurător prin intermediul Further.

Această acoperire este limitată numai la acele servicii și bunuri necesare pentru a pregăti corpul decedatului și pentru a-l transporta în România, incluzând:

- Serviciile oferite de o companie de servicii funerare care oferă repatrierea internaţională, inclusiv îmbălsămare și toate formalităţile administrative;
- Sicriul minim obligatoriu;
- Transportul corpului decedatului de la aeroport la locul desemnat de înmormântare din România.

6.4. Beneficii plătite direct Asiguratului, acoperite în timpul tratamentului în străinătate

A. Indemnizaţie zilnică de spitalizare

Se va acorda o indemnizaţie zilnică de spitalizare în scopul acoperirii cheltuielilor zilnice necesare Asiguratului pe perioada spitalizării, altele decât cele acoperite prin prezentul contract, în limitele indicate în poliţa de asigurare, pentru fiecare perioadă completă de 24 de ore de la internarea în spital. Această perioadă este aprobată în prealabil de către Further prin certificatul medical preliminar, pentru tratamentul unei afecţiuni sau proceduri medicale acoperite de prezentul contract de asigurare.

6.5. Cheltuieli medicale acoperite după întoarcerea de la tratamentul în străinătate

A. Cheltuieli cu medicaţia după întoarcerea de la tratamentul în străinătate

Asigurătorul, prin intermediul Further, va acoperi cheltuielile cu medicamentele achiziţionate în România pentru tratarea unei afecţiuni sau proceduri medicale acoperite prin contract și aprobată în prealabil de către Further prin certificatul medical preliminar, ulterior tratamentului în străinătate cu o durată mai mare de trei nopţi.

Contractul de asigurare oferă această acoperire doar în următoarele situaţii și cu respectarea următoarelor criterii:

Situaţia A: Cu reţetă și achiziţie din România

- Medicamentul a fost recomandat prin Further de către medicul care a tratat Asiguratul, ca fiind necesar pentru tratamentul în curs de desfășurare;
- Acest medicament, prospectul și administrarea sa, au fost autorizate și aprobate de către autoritatea medicală sau agenţia corespunzătoare din România (Agenţia Naţională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale).
- Medicaţia necesită prescripţie medicală eliberată de către un medic din România;
- Acest medicament poate fi achiziţionat din România;
- Prescripţia medicală nu acoperă o doză de consum pentru o durată mai mare de 2 luni;
- Toate reţetele sunt emise înainte de sfârșitul Perioadei de Despăgubire Aplicabilă.

Situaţia B: Cu reţetă și achiziţie din afara României

Asiguratorul va acoperi și costul medicamentelor achiziţionate din afara României numai după o aprobare prealabilă din partea Further, în cazul în care medicamentele recomandate sau medicamentele alternative echivalente cu eficacitate similară:

- nu sunt licenţiate sau aprobate de către autoritatea sau agenţia medicală corespunzătoare din România sau
- nu sunt disponibile pentru a fi cumpărate sau accesibile Asiguratului în România la momentul și în maniera necesară pentru continuarea Tratamentului după cum se confirmă prin evaluare de către Further.

Acest beneficiu nu va acoperi:

- Orice cost cu medicamentele care este acoperit de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate din România sau de orice altă poliţă de asigurare deţinută de Asigurat;
- Costul de administrare a medicamentelor;
- Orice achiziţie de medicamente efectuată în afara României, exceptând cazul în care acest lucru este autorizat în mod explicit de către Further, conform situaţiei B descrise mai sus;
- Facturile prezentate Societăţii după mai mult de 180 de zile de la data achiziţiei medicamentelor;
- Orice cheltuieli de deplasare și cazare legate de achiziţia medicamentelor în afara României.

Finanţarea și rambursarea:

Achiziţia medicamentelor conform ambelor situaţii descrise mai sus (Situaţia A și Situaţia B) trebuie să fie aranjată și plătită direct de către Asigurat. Asiguratorul va rambursa echivalentul monetar Asiguratului la primirea reţetei relevante, facturii originale și dovezii plăţii. În cazul în care costul cu medicaţia a fost acoperit în parte de către Casa Naţionala de Asigurări de Sănătate din Romania sau de o poliţă de asigurare alternativă, cererea de rambursare ar trebui să diferenţieze în mod clar costurile finanţate în întregime de către Asigurat și cele finanţate parţial.

B. Asistenţă medicală pentru monitorizare după întoarcerea de la tratament în străinătate

Situaţia A: Efectuată în România

La revenirea în România, după ce a fost finalizată etapa de Tratament în străinătate, contractul de asigurare va acoperi cheltuielile ce rezultă din Asistenţa medicală pentru monitorizare efectuate în România, sub rezerva următoarelor condiţii și limitări cumulative:

- Asistenţa medicală pentru monitorizare a fost efectuată într-unul dintre spitalele selectate de către Further;
- Asistenţa medicală pentru monitorizare este disponibilă în România în timpul și în modul necesar pentru screening-ul în curs;
- Asistenţa medicală pentru monitorizare se efectuează conform recomandărilor medicului (medicilor) internaţional (i) care a (au) tratat Asiguratul, după cum este necesar pentru screening și monitorizare continuă;
- Facturile aferente asistenţei medicale pentru monitorizare sunt emise înainte de sfârșitul Perioadei de Despăgubire Aplicabilă.

Atunci când Asistenţa medicală pentru monitorizare este efectuată în România (Situaţia A) trebuie aranjată şi plătită direct de Asiguratul din România. Compania de Asigurări va rambursa Asiguratului costurile aferente la primirea facturii originale şi a dovezii de plată, cu condiţia ca respectivele facturi să fie transmise Societăţii în cel mult 180 de zile de la data la care a fost efectuată cheltuiala.

În cazul în care, medicii responsabili cu oferirea Asistenţei medicale pentru monitorizare în România indică, în urma evoluţiei stării de sănătate a Asiguratului, necesitatea de a lucra pe baza unor ghiduri de Asistenţă medicală pentru monitorizare diferite faţă de cele stabilite iniţial de medicul internaţional, Further va lua legătura cu medicul internaţional pentru aprobare şi vor confirma, atunci când este cazul, rambursarea acestor cheltuieli urmând noile linii directoare acceptate.

În cazul în care, costul Asistenţei medicale pentru monitorizare a fost finanţat parţial sau integral de către Serviciul de Sănătate Publică din România sau de o poliţă de asigurare, Societatea va rambursa doar costurile care nu sunt finanţate şi, prin urmare, trebuie plătite direct de Asigurat. Cererea de rambursare trebuie să diferenţieze în mod clar acele costuri care sunt plătite direct de Asigurat de părţile finanţate prin alte surse.

Situaţia B: Efectuată în afara României

La cererea Asiguratului şi cu respectarea criteriilor 3) şi 4) din Articolul 6.5.B - Situaţia A, Further poate autoriza şi aranja Asistenţa medicală pentru monitorizare în afara României. În acest caz:

- Asistenţa medicală pentru monitorizare va fi efectuată de către medicul (medicii) internaţional(i) care a (au) tratat asiguratul sau echipa medicală a acestuia;
- Societatea va acoperi direct cheltuielile medicale aferente acestor consultaţii şi teste diagnostice.

ARTICOLUL 7 - Excluderi

Acest contract de asigurare exclude:

7.1 Excluderi Generale:

a. Cheltuieli provenite din orice îmbolnăvire/ afecţiune sau procedură medicală care nu este menţionată explicit în articolul 5.

b. Orice cheltuială pentru îmbolnăviri/ afecţiuni sau vătămări corporale produse ca urmare a războaielor, acte de terorism, mişcări seismice, revolte, inundaţii, erupţii vulcanice, precum şi consecinţele directe sau indirecte ale reacţiilor nucleare şi orice alte fenomene extraordinare sau catastrofale sau provenite din epidemii declarate în mod oficial.

c. Orice cheltuieli medicale legate de alcoolism, dependenţa de droguri şi/ sau substanţe toxice, cauzate de abuzul de alcool şi/sau utilizarea de substanţe psihoactive, narcotice sau halucinogene. De asemenea, sunt excluse orice consecinţe şi îmbolnăviri/afecţiuni care decurg din tentativa de sinucidere şi de auto-vătămare.

d. Cheltuielile provenite de la toate afecţiunile sau condiţiile medicale provocate în mod intenţionat sau în mod fraudulos sau derivate din acte de neglijenţă sau imprudenţă penală de către Asigurat sau care rezultă atunci când Asiguratul comite o infracţiune.

e. Un dosar de despăgubire în cadrul căreia Asiguratul, anterior, în timpul sau ulterior procesului de evaluare stabilit de către Further:

- nu a respectat recomandarea, prescripţiile sau planul de tratament din partea Medicului curant sau
- refuză să primească orice tratament medical sau să se supună unei analize sau unor teste suplimentare de diagnosticare necesare pentru a stabili un diagnostic sau plan de tratament definitiv.

7.2 Excluderi medicale:

a. Condiţiile preexistente (definite la articolul 3 - definiţii).

b. Tratament medical care implică utilizarea de produse de terapie genetică, produse de terapie cu celule somatice, produse de inginerie tisulară şi terapie cu celule T CAR.

c. Tratament pentru afecţiuni care au fost diagnosticate, tratate sau care au avut simptome sau constatări medicale asociate afecţiunii documentate medical în perioada de excludere.

d. Tratament experimental, precum și acele proceduri de diagnostic, terapeutice și/sau chirurgicale ale căror siguranţă și efecte nu au fost recunoscute la nivel global de către comunitatea ştiinţifică internaţională.

e. Procedurile medicale necesare ca urmare a SIDA (sindromul imunodeficienţei dobândite), HIV (virusul imunodeficienţei umane) sau orice condiţie medicală care rezultă din acestea (inclusiv sarcomul Kaposi), sau orice alt tratament pentru SIDA sau HIV.

f. Orice serviciu care nu este necesar din punct de vedere medical pentru tratamentul unei afecţiuni sau proceduri medicale acoperite de prezentul contract, așa cum este descris în articolul 5.

g. Orice tratament, serviciu, produs sau prescripţie medicală alternativă pentru o afecţiune sau orice afecţiune medicală pentru care cel mai bun tratament îl reprezintă transplantul acoperit de contract, conform articolului 5, Modulul 4 de acoperire.

h. Orice afecţiune medicală care a fost cauzată de proceduri medicale aranjate și plătite prin acest contract, exceptând cazul în care afecţiunea medicală în cauză este acoperită de contract sau necesită o procedură medicală descrisă în articolul 5.

i. Tratamentul pentru efecte secundare, alinarea simptomelor cronice sau reabilitare (inclusiv, dar fără a se limita la fizioterapie, reabilitarea mobilităţii și terapie logopedică).

7.3 Cheltuieli excluse:

a. Orice cheltuieli legate sau care derivă din orice diagnostic, tratament, servicii medicale, materiale, prescripţii medicale de orice natură efectuate în România sau în Statele Unite ale Americii, cu excepţia costurilor medicamentaţiei acoperite conform articolului 6.5.A, situaţia A, precum și a costurilor cu asistenţa medicală pentru monitorizare acoperite conform articolului 6.5.B, situaţia A.

b. Orice cheltuieli legate sau care derivă din orice diagnostic, tratament, servicii medicale, materiale, prescripţii medicale de orice natură efectuate la nivel mondial în cazul în care Asiguratul, la momentul notificării evenimentului asigurat, nu este Rezident Permanent în România.

c. Orice cheltuieli efectuate în legătură cu orice afecţiune diagnosticată sau care prezintă primele simptome în timpul perioadei de excludere.

d. Orice cheltuieli efectuate înainte de emiterea certificatului medical preliminar.

e. Orice cheltuieli efectuate într-un alt spital faţă de cel aprobat și menţionat în certificatul medical preliminar.

f. Orice cheltuieli efectuate, fără a urma prevederile articolul 8: procedura de despăgubire.

g. Orice cheltuieli efectuate cu privire la serviciile de izolare, de îngrijire la domiciliu a sănătăţii sau servicii furnizate într-un centru sau instituţie pentru convalescenţă, ospiciu sau azil de bătrâni, chiar și în cazul în care astfel de servicii sunt necesare ca urmare a unei îmbolnăviri/afecţiuni sau proceduri medicale acoperite.

h. Orice cheltuieli efectuate cu achiziţionarea (sau închirierea) oricărui tip de proteze sau aparate ortopedice, corsete, bandaje, cârje, membre sau organe artificiale, peruci (chiar și în cazul în care se consideră necesară utilizarea lor în timpul chimioterapiei), încălţămintei ortopedice, bandaje și alte echipamente sau materiale similare, cu excepţia protezelor de sân ca rezultat al intervenţiei chirurgicale pentru mastectomie și a protezei valvulare cardiace.

i. Orice cheltuieli efectuate cu achiziţionarea sau închirierea de scaune cu rotile, paturi speciale, aparate de aer condiţionat, purificatoare de aer și orice alte elemente sau echipamente similare.

j. Toate produsele farmaceutice și medicamentele care nu au fost distribuite de un farmacist licenţiat sau care sunt obţinute fără prescripţie medicală.

k. Cheltuielile făcute în scopul utilizării medicinei alternative, chiar și atunci când este prescrisă expres de un medic.

l. Toate cheltuielile de asistenţă medicală sau de cazare în cazuri de tulburări cognitive, senilitate sau afectare cerebrală, indiferent de stadiul de evoluţie al acestor stări medicale.

m. Taxele de traducător, telefon și alte cheltuieli legate de articole pentru uz personal sau care nu sunt de natură medicală sau cheltuielile pentru orice alt serviciu oferit rudelor, însoţitorilor sau escortelor.

n. Orice cheltuieli efectuate de către Asigurat sau rude, însoţitori sau escorte, cu excepţia celor reglementate în mod expres în prezentul contract.

o. Orice cheltuieli medicale, neobișnuite și absurde.

p. Orice cheltuieli suportate / iniţiate de Asigurat (și de către oricare dintre însoţitorii săi) și/sau donator cu privire la:

a) cazarea în destinaţia de tratament / asistenţă medicală de monitorizare și

b) călătoria din România către destinaţia de tratament / asistenţă medicală de monitorizare (și retur) și

c) transferurile regulate de la hotel la Spital sau la medicul curant pe durata tratamentului / asistenţei medicală de monitorizare în străinătate.

În cazul în care Asiguratul necesită asistenţă din partea Further cu privire la aranjamentele de călătorie și cazare, Further va facilita astfel de aranjamente doar pentru Asigurat și pentru un însoţitor desemnat. Asiguratul va fi direct responsabil pentru plata acestor cheltuieli.

7.4 Boli și proceduri medicale excluse:

a. În cazul Tratamentului cancerului (Modulul 1 de acoperire):

Orice tumoră în prezenţa Sindromul Imunodeficienţei Dobândite (SIDA).

Cancer de piele cu excepţia melanoamelor maligne care nu a fost clasificat histologic ca fiind cauzator de invazie dincolo de epidermă.

Orice tratament care implică terapia cu celule T CAR.

b. În cazul By-Pass-ului chirurgical coronarian (Modulul 2 de acoperire):

Orice boală coronariană tratată cu ajutorul altor tehnici decât by-pass-ul arterelor coronare, la fel ca orice fel de tehnici chirurgicale de angioplastie, stenturi.

c. În cazul transplantului de organ de la un donator în viaţă / de măduvă osoasă (Modulul 4 de acoperire):

Orice transplant în care nevoia transplantului apare ca o consecinţă a bolii hepatice alcoolice.

Orice transplant efectuat ca un auto-transplant.

Orice transplant în cazul în care Asiguratul este un donator pentru o terţă persoana.

Orice transplant de la un donator decedat.

Orice transplant de organ care implică tratament cu celule stem.

Transplant care a devenit posibil prin cumpărarea de organe.

În cazul transplatului de măduvă osoasă, transplantul de celule stem hematopoietice (HCT) utilizând sânge din cordonul ombilical.

7.5. Societatea nu va fi ţinută să ofere acoperire și nu va fi răspunzătoare să plătească nicio cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Societatea la orice sancţiune, interdicţie sau restricţie în temeiul rezoluţiilor Organizaţiei Naţiunilor Unite sau al sancţiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit sau Statelor Unite ale Americii.

ARTICOLUL 8 - Procedura de despăgubire

La diagnosticarea unei afecţiuni sau proceduri medicale acoperite de prezentul contract, conform articolului 5, Asiguratul sau orice persoană care acţionează în mod legal în numele său trebuie să respecte procedura de mai jos, înainte ca persoana asigurată să beneficieze de orice tip de tratament sau îngrijire medicală acoperite de prezentul contract:

8.1 Notificarea de despăgubire

Asiguratul sau orice persoană care acţionează în mod legal în numele acestuia trebuie să contacteze Further prin intermediul Societăţii de asigurare sau direct, cât mai curând posibil, pentru a notifica un potenţial eveniment asigurat și a solicita serviciul a doua opinie medicală.

“Further” îl va informa cu privire la etapele necesare pentru finalizarea procesului privind a doua opinie medicală, incluzând permisiunea semnată de Asigurat ca Further să solicite orice teste în scop de diagnosticare și informaţii medicale relevante.

8.2 Obligaţiile Asiguratului

Asiguratul este obligat să coopereze cu Further, oferind acces liber la documentele medicale aflate în posesia Asiguratului sau medicilor, spitalelor sau altor unităţi medicale responsabile pentru tratament, până la data notificării potenţialului eveniment asigurat către Further. Orice cerere de despăgubire va fi evaluată pentru acoperire în baza prezentului contract atunci când toate informaţiile necesare sunt primite de la Asigurat, medici, spitale sau celelalte unităţi medicale implicate.

8.3 Evaluarea evenimentului asigurat și propunerea spitalului pentru tratament

După încheierea procesului pentru a doua opinie medicală, Further va informa Asiguratul dacă cererea de despăgubire va fi acoperită de către contract. În cazul în care Further confirmă diagnosticul unei afecţiuni acoperite sau necesitatea unei proceduri medicale acoperite și Asiguratul decide să primească tratament în afara României, Further va furniza Asiguratului un raport cu spitalele din străinătate recomandate. Asiguratul va trebui sa opteze pentru un spital.

În cazul în care Asiguratul dorește și ia în considerare un tratament în străinătate, Further va evalua disponibilitatea Perioadei de Despăgubire Aplicabilă, rezultând unul dintre următoarele situaţii:

- **Situaţia 1: Disponibilitate deplină**
  Nu a existat niciun Dosar de despăgubire anterior în cadrul Modulului de acoperire relevant care să fi dus la aranjarea și plata tratamentului conform contractului de asigurare. Prin urmare, Further va confirma disponibilitatea completă de 36 de luni pentru Perioada de despăgubire aplicabilă.

- **Situaţia 2: Disponibilitate parţială**
  Au existat Dosare de despăgubire în cadrul Modulului de acoperire relevant, care au dus la aranjarea și plata tratamentului conform contractului de asigurare. Prin urmare, Further va confirma disponibilitatea lunilor rămase pentru Perioada de Despăgubire Aplicabilă.

- **Situaţia 3: Perioada de despăgubire aplicabilă a expirat**
  Au existat Dosare de despăgubire în cadrul Modulului de acoperire relevant, care au dus la aranjarea și plata tratamentului conform contractului de asigurare, ajungând la expirarea Perioadei de Despăgubire Aplicabilă. Prin urmare, Further va confirma că noul dosar de despăgubire nu este eligibil conform contractului de asigurare.

În cazul situaţiilor 1 și 2 descrise mai sus, Asiguratului i se va furniza o listă de spitale recomandate.

8.4 Certificatul medical preliminar

După primirea opţiunii Asiguratului de către Further privind spitalul ales pentru tratament, acesta va face toate aranjamentele logistice și medicale necesare acceptării tratamentului Asiguratului în spitalul respectiv și va emite un Certificat medical preliminar valabil numai pentru acel spital.

Certificatul medical preliminar oferă accesul Asiguratului la tratamentele, serviciile, materialele sau prescripţiile medicale relevante și acoperite în spitalul ales.

Orice cheltuială efectuată într-un orice alt spital faţă de cel menţionat în certificatul medical preliminar nu va fi acoperită de prezentul contract.

Orice cheltuială efectuată înainte de emiterea certificatului medical preliminar nu va fi acoperită.

Lista spitalelor și certificatul medical preliminar sunt emise conform stării de sănătate a Asiguratului la data evaluării.

Lista spitalelor și certificatul medical preliminar sunt valabile timp de trei luni de la data emiterii. În cazul în care Asiguratul nu a iniţiat un tratament la spitalul aprobat în acest termen, certificatul medical preliminar nu va mai fi valabil și Asiguratul trebuie să solicite un nou certificat medical preliminar luând în considerare starea de sănătate de la acel moment.

Atât timp cât condiţiile menţionate în certificatul medical preliminar sunt îndeplinite, Societatea, în conformitate cu beneficiile contractului de asigurare, își va asuma în mod direct cheltuielile medicale acoperite în articolul 6.2 supuse limitărilor, excluderilor și condiţiilor detaliate în cadrul contractului.

8.5. Perioada de despăgubire aplicabilă

Pentru fiecare Modul de Acoperire în parte, perioada de despăgubire aplicabilă va începe la data primei cheltuieli medicale acoperite (conform Articolului 6.2) cu privire la Tratamentul în străinătate. Contractul de asigurare va acoperi serviciile, cheltuielile și beneficiile monetare (cu respectarea limitelor prezentate în Anexa cererii de asigurare) care apar în legătură cu Dosarul de despăgubire valabil conform contractului de asigurare, pe durata Perioadei de Despăgubire Aplicabilă.

În cazul în care Asiguratul este internat sau în îngrijirea unui Spital în conformitate cu termenii Certificatului Medical Preliminar la sfârșitul Perioadei de Despăgubire Aplicabilă, Poliţa va continua să ofere acoperire pentru cheltuielile medicale menţionate în Articolul 6.2 până la data următoarei (cea mai apropiată) întoarceri programate în România pe baza planului de tratament stabilit.

8.6 Întoarcerea de la tratamentul în străinătate

Etapa de tratament în străinătate se va încheia odată cu confirmarea de către Further a faptului că nu mai există nici un tratament suplimentar necesar din punct de vedere medical prescris de către medicul/medicii internaţional(i).

În cazul în care întoarcerea finală în România are loc înainte de sfârșitul Perioadei de Despăgubire Aplicabilă și contractul suplimentar de asigurare rămâne activ, Further va prezenta Asiguratului condiţiile pentru ca acesta sa poată beneficia de cheltuielile medicale acoperite după întoarcerea de la tratament în străinătate detaliate în articolul 6, secţiunea 5. Aceste cerinţe se vor baza pe recomandările primite de la medicul/medicii internaţional(i).

La sosirea Asiguratului în România, acesta va avea dreptul să:

- i se ramburseze costurile Medicamentelor detaliate în articolul 6, secţiunea 5-A și
- să solicite Further să facă aranjamentele pentru Asistenţă medicală pentru monitorizare, conform articolului 6, Secţiunea 5-B.

8.7 Evaluarea stării de sănătate ulterior întoarcerii de la tratamentul în străinătate

La întoarcerea finală a Asiguratului în România (după primirea tratamentului în străinătate, conform articolului 6), evoluţia stării de sănătate a Asiguratului de la momentul respectiv poate determina dacă o nouă evaluare pentru un tratament suplimentar din punct de vedere medical este necesară. În cazul în care contractul Asiguratului este încă activ în acel moment și în Perioada de Despăgubire Aplicabilă, Asiguratul va avea dreptul să contacteze Further pentru finalizarea acestei evaluări.

Further va confirma cu Asiguratul etapele necesare pentru ca acesta din urmă să furnizeze către Further toate testele relevante de diagnosticare și documentele medicale necesare pentru a finaliza această evaluare.

- În cazul în care evaluarea efectuată de către Further confirmă faptul că se impune un tratament suplimentar, necesar din punct de vedere medical ca rezultat al aceleiași afecţiuni sau ca rezultat al procedurilor medicale acoperite și tratate anterior în baza contractului, acest lucru va fi evaluat de către Further (după cum se detaliază în articolul 8, secţiunea 3) și confirmat către Asigurat prin emiterea unui nou certificat medical preliminar. Acest certificat va cuprinde lista spitalelor recomandate și potenţialul tratament în străinătate, așa cum se detaliază în articolul 8, secţiunile 3 și 4, considerându-se o continuare a aceluiași dosar de despăgubire.
- Evaluarea poate necesita finalizarea unui nou serviciu privind a doua opinie medicală, doar dacă, din perspectiva Further, acest lucru se justifică din punct de vedere medical.
- În cazul în care evaluarea efectuată de către Further stabilește că această nouă solicitare are legătură cu o afecţiune sau procedură medicală diferită și, prin urmare, neasociată cu dosarul de despăgubire anterior, această situaţie va fi considerată un potenţial dosar de despăgubire nou și separat, iar întregul proces descris în articolul 8 va trebui respectat.

8.8 Colaborare

Asiguratul și rudele sale/însoţitorii săi trebuie să permită vizitele medicilor care lucrează pentru Further și/ sau Asigurător și să faciliteze desfășurarea oricăror investigaţii considerate necesare de către Asigurător, în al căror scop, medicii care au vizitat și care au tratat Asiguratul trebuie să se elibereze de obligaţia păstrării secretului profesional.

Lipsa permisiunii pentru aceste vizite va fi considerată de către Asigurător o renunţare expresă a dreptului de a furniza beneficiile cu privire la evenimentul asigurat în cauză, acoperite de contractul de asigurare.

ARTICOLUL 9 - Încetarea contractului suplimentar

9.1. Acest contract suplimentar poate fi denunţat de către Titular/ Asigurat la scadenţa oricărei prime, prin notificare scrisă către Societate.

9.2. În plus, asigurarea conform acestui contract suplimentar va înceta în mod automat, fără intervenţia instanţelor judecătorești și fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile, în oricare din cazurile următoare:

a. Prima pentru asigurarea de bază sau pentru acest contract suplimentar nu este plătită la scadenţă sau în perioada de graţie;

b. Asigurarea de bază încetează (inclusiv prin ajungere la maturitate), este răscumpărată sau convertită în Asigurare cu sumă asigurată redusă conform articolelor corespunzătoare din condiţiile generale, sau atunci când valoarea despăgubirilor atinge limita maximă prevăzută în poliţa de asigurare pentru întreaga viaţă a Asiguratului;

c. Dacă la data intrării în vigoare a acestui contract suplimentar, vârsta Asiguratului la ultima aniversare depășește 64 de ani;

d. La prima aniversare a contractului suplimentar după ce Asiguratul a împlinit 75 (șaptezeci și cinci) de ani, chiar dacă Asigurarea de Bază continuă să fie în vigoare;

e. La data aniversării contractului suplimentar, dacă prima de asigurare aferentă noului an de asigurare nu este plătită integral de către Titular.

f. La atingerea pragului maxim de despăgubire, conform prezentelor condiţii contractuale.

Suplimentar, în cazul Dependenţilor, asigurarea va înceta în mod automat, fără intervenţia instanţelor judecătorești și fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile, în oricare din cazurile următoare:

g. La data intrării în vigoare a acestui contract suplimentar, vârsta Partenerului dependent la ultima aniversare depășește 64 ani;

h. La prima aniversare a contractului suplimentar după ce Partenerul dependent a împlinit 75 (șaptezeci și cinci) de ani, chiar dacă Asigurarea de Bază continuă sa fie în vigoare;

i. Copilul Asiguratului împlinește vârsta de optsprezece (18) ani sau, în cazul în care este student(ă) la zi, împlinește douăzeci și trei (23) de ani;

j. Copilul Asiguratului se căsătorește sau nu mai este în mod fundamental dependent de suportul financiar al Asiguratului.

9.3. La încetarea contractului suplimentar, obligaţia Titularului de plată a primei, precum și obligaţia Societăţii de plată a beneficiilor aferente prezentului contract suplimentar vor înceta și nicio valoare nu va mai exista în contul acestuia, cu excepţia returnării eventualei părţi nedatorate a primelor suplimentare plătite și scadente pentru perioada în care încetarea devine efectivă, împreună cu eventualele prime suplimentare plătite, dar scadente pentru o perioadă ulterioară încetării. Plata sau acceptarea ulterioară a oricărei prime conform acestui contract nu va crea nicio obligaţie pentru Societate, cu excepţia celei de returnare a acestei prime.

9.4. În cazul încălcării oricărei obligaţii contractuale de către Titular/Asigurat/Beneficiari, Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia acest contract suplimentar în mod legal, fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile și fără intervenţia instanţelor judecătorești, cu notificare scrisă trimisă Titularului poliţei prin scrisoare recomandată la ultima adresă a acestuia cunoscută de Societate. Notificarea trebuie să specifice motivele rezilierii și să fie trimisă cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de reziliere.

9.5. Asigurătorul își rezervă dreptul să denunţe unilateral contractul suplimentar la fiecare aniversare, cu un preaviz de minimum 30 de zile comunicat Titularului și cu respectarea legislaţiei în vigoare.

9.6. La data la care beneficiile oferite pentru dosarele de despăgubire existente ating limitele menţionate în contract.

9.7. În cazul în care Asiguratul își schimbă statutul de rezident permanent în România, acesta nu mai este eligibil pentru beneficiul suplimentar Top Protect pe perioada cât nu mai este rezident permanent în România, având ca și opţiuni:

- încetarea contractului ca urmarea a notificării Societăţii, sau
- plata primelor de asigurare pe perioada cât nu mai este rezident permanent în România și nu mai beneficiază de acoperire, astfel încât, la momentul redobândirii statutului de rezident permanent în România să poată beneficia de continuitate a acoperirii (fără a fi nevoie de o noua evaluare medicală și aplicarea unei noi perioade de așteptare și a condiţiilor preexistente dobândite în perioada de suspendare a statutului).

ARTICOLUL 10 - Evoluția Primei de asigurare

Prima de asigurare va suferi modificări anuale de maxim 10 %, în funcţie de evoluţia inflaţiei medicale și, implicit, a costurilor servicilor și tratamentelor medicale.

Suplimentar, la aniversările contractului la care asiguratul împlinește vârsta de 19 ani, 35 de ani, 50 de ani, respectiv 55 de ani, prima de asigurare se va modifica automat în conformitate cu valorile aplicabile la momentul respectiv categoriei de vârstă.

Titularul este de acord ca prima de asigurare modificată să-i fie comunicată în scris prin poștă, e-mail, sms sau telefonic, prin emiterea poliţei de asigurare actualizate sau a unui alt document de informare, cu minim 30 de zile înainte de aniversarea contractului. Dacă Titularul nu plătește integral prima modificată până în ultima zi a perioadei de graţie, prezentul contract suplimentar de asigurare va înceta de drept la data aniversării, prin neacceptarea modificării de primă a contractului suplimentar de asigurare.

În cazul Titularilor de poliţă care au ales ca metoda de plată debitarea automată a primelor de asigurare, aceștia au dreptul de a notifica în scris Asiguratorul faptul că nu accepta prima de asigurare modificată, în termen de 30 de zile de la data la care este informat cu privire la aceasta. În acest caz contractul suplimentar de asigurare va înceta de drept la data la care ar fi trebuit să aibă loc aniversarea și prima de asigurare va fi returnată Titularului, dacă a fost deja debitată automat.

În cazul în care, ca urmare a evoluţiei pieţii de servicii și tratamente medicale, Asiguratorul va propune modificări de primă care depășesc majorările previzionate la data prezentului contract și descrise în prezentul articol și în anexa Top Protect la cererea de asigurare, Asiguratorul va obţine acordul expres al Titularului cu privire la prelungirea contractului. Dacă Titularul nu își va exprima acordul expres cu privire la prima majorată, contractul va înceta de drept la finalul anului contractual în curs.

ARTICOLUL 11 - Contractul suplimentar ca parte a contractului de asigurare

10.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de bază la care este anexat, iar condiţiile generale ale asigurării de bază îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare în acest contract suplimentar.

10.2. Următoarele articole ale condiţiilor generale pentru asigurarea de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a. „Sinuciderea”

b. „Schimbarea planului de asigurare”

c. „Opţiuni în eventualitatea întreruperii plăţii primelor”, paragraful „Asigurarea cu sumă asigurată redusă”.

d. „Răscumpărarea contractului de asigurare”

e. „Asigurarea pe timp de război „

f. „Dreptul la beneficiul investiţional din investirea valorii de răscumpărare”

g. “Indexarea”.

Termenii și Condițiile tale de asigurare

Contract suplimentar de asigurare

Componenta de investiţii Invest Extra (L217)

Condiţii generale

Te rugăm să îţi aloci timpul necesar pentru a parcurge acest document, deoarece explică pe îndelete modul în care funcţionează componenta **ta** suplimentară de investiţii, pe care noi o numim Invest Extra. Nu uita că **agentul tău de asigurări** îţi stă la dispoziţie pentru orice neclarităţi pe care le-ai putea avea acum sau pe parcursul acestui contract suplimentar.

Pentru că știm că înţelegerea acestui produs poate fi pe alocuri anevoioasă, am împărţit acest document în două secţiuni, pentru a ușura parcurgerea lui:

- În prima secţiune îţi prezentăm **Condiţiile generale ale componentei de investiţii Invest Extra**, cu informaţii despre: când se activează acoperirea, ce presupune plata primei unice de asigurare, cum poate fi încetat acest contract ș.a.m.d.
- În a doua secţiune îţi prezentăm **Condiţiile speciale ale componentei de investiţii Invest Extra**, cu informaţii despre ce înseamnă mai exact o componentă suplimentară de investiţii și cum funcţionează ea în contextul unităţilor de fond. Îţi vom explica ce factori pot influenţa valoarea contului tău suplimentar, precum și cum poţi beneficia de sumele acumulate în timp.

Pentru o înţelegere cât mai simplă a Termenilor și Condiţiilor, fiecare secţiune începe printr-o listă de definiţii. Îţi recomandăm să consulţi și lista de definiţii inclusă în condiţiile contractuale ale asigurării tale de bază, unde vei găsi explicaţi anumiţi termeni generali în domeniul asigurărilor.

Definiții generale

Asigurat: este persoana în favoarea căreia se încheie asigurarea, al cărei nume este specificat în poliţa de asigurare și a cărei sănătate face obiectul prezentului contract de asigurare. În cazul în care Asiguratul este o persoană minoră, obligaţiile și drepturile contractuale ale acestuia vor fi exercitate prin intermediul reprezentantului său legal.

Asigurător: MetLife Europe Designated Activity Company, o societate Irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăţilor din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062, prin sucursala sa din România, **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București**, cu sediul social în Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerţului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/ 135 / 07.01.2016, având cod unic de identificare 35383464 (denumită în continuare și “Societatea”).

Beneficiar: este persoana desemnată de Titularul asigurării, cu acordul Asiguratului, să încaseze beneficiile plătibile în baza prezentei asigurări în cazul apariţiei evenimentului asigurat. În cazul în care nu sunt desemnaţi Beneficiari, indemnizaţia de asigurare/ despăgubirea va fi plătită către moștenitorii legali ai Asiguratului.

Co-Asigurat: soţul/ soţia/ copiii/ părinţii Asiguratului major sau părinţii/ fraţii/ surorile Asiguratului minor care sunt menţionaţi în cererea de asigurare sau într-o anexă la contractul de asigurare, cu condiţia acceptării lor ca și co-Asiguraţi de către Societate.

Contractul suplimentar de asigurare Invest Extra: definit „sui generis", este actul juridic bilateral prin care riscurile asigurate sunt preluate de către Asigurător, în schimbul plăţii primei unice de asigurare de către Titular. Prezentul contract suplimentar de asigurare, denumit și **componenta investiţională Invest Extra**, menţionat în continuare ca și „contract suplimentar", cuprinde: formularul de adăugare, anexa atașată poliţei de asigurare cu privire la acest contract, acte adiţionale, declaraţii, rapoarte medicale, prezentele condiţii de asigurare, Prospectele Programelor de Investiţii și orice alte documente anexate.

Data maturităţii: data la care expiră prezentul contract suplimentar de asigurare (obligaţiile Asigurătorului încetează și riscurile nu mai sunt acoperite).

Durata contractului suplimentar Invest Extra: numărul întreg de ani, calculaţi de la data intrării în vigoare a contractului suplimentar de asigurare, pe perioada cărora contractul a fost in vigoare. Dacă numărul de ani nu este număr întreg, se ia în considerare următorul număr întreg.

Indemnizaţia de asigurare sau Despăgubirea: suma care va fi plătită de Asigurător în urma decesului Asiguratului, conform prezentului contract suplimentar.

Prima suplimentară de investiţie: suma ce trebuie plătită de către Titularul asigurării, în vederea încheierii contractului suplimentar Invest Extra.

Titularul asigurării: persoană fizică sau juridică, ce prezintă un interes asigurabil vis-a-vis de riscul asigurat și care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul. Titularul contractului are obligaţia de plată a primei de asigurare. Titularul poate sau nu să fie aceeași persoană cu Asiguratul.

Definiții generale pentru Componenta principală de investiții

Componenta principală de investiţii: componenta de investiţii a asigurării la **care este atașat prezentul contract suplimentar Invest Extra**. Acestei componente îi corespunde contul principal de investiţie.

Contul principal de investiţie: un cont individual, administrat de Asigurător pentru Asigurat și utilizat pentru evidenţa unităţilor de fond cumpărate prin componenta principală de investiţii. Detalii despre funcţionalitatea acestui cont sunt prezentate în termenii și condiţiile sale contractuale.

Contract liber de plata primelor/ Extinderea automată a perioadei de investiţii: extinderea perioadei de valabilitate a componentei principale de investiţii, la care este atașat prezentul contract suplimentar, dacă aceasta îndeplinește anumite condiţii stabilite de Societate, pe o perioadă predeterminată de timp.

Definiții generale pentru Componenta suplimentară de investiții – Invest Extra

Componenta suplimentară de investiţii Invest Extra: prezentul contract suplimentar de asigurare al cărei scop principal este acumularea în timp a unor sume de bani în contul suplimentar de investiţii, prin cumpărarea de unităţi de fond corespunzătoare programelor de investiţii puse la dispoziţie de către Asigurător. Investirea unităţilor de fond în contul suplimentar de investiţii se realizează în urma plăţii primei suplimentare de investiţie de către Titular sau în urma alocării diverselor bonusuri pe poliţă de către Societate. Acestei componente îi corespunde contul suplimentar de investiţie.

Contul suplimentar de investiţie: un cont adiţional la contul principal de investiţii, administrat de Asigurător şi utilizat pentru evidenţa unităţilor de fond ale componentei Invest Extra. Acest cont este special creat pentru administrarea primelor suplimentare de investiţie (plătite de către Titular prin prezentul contract suplimentar) sau pentru alocarea diverselor bonusuri pe poliţă de către Societate. Detalii despre funcţionalitatea acestui cont sunt prezentate în termenii și condiţiile speciale ale prezentului document.

ARTICOLUL 1 - Încheierea asigurării

1.1. Acest contract suplimentar de asigurare constituie o parte integrantă a asigurării de bază, căreia îi este anexat și este valabil numai dacă numele prezentului contract suplimentar este menţionat în poliţa de asigurare sau într-o anexă și cu condiţia plăţii primei suplimentare de investiţie sau a alocării diverselor bonusuri pe poliţă de către Societate.

1.2. În contextul plăţilor suplimentare de investiţie, pentru emiterea acestui contract suplimentar sunt necesari următorii paşi: transmiterea de către Titular a unei solicitări în formatul stabilit de Societate și a oricăror alte documente pe care Societatea le consideră a fi necesare, plata primei suplimentare de asigurare, precum și acceptul Societăţii pentru încheierea prezentului contract suplimentar de asigurare.

1.3. În contextul alocării diverselor bonusuri pe poliţă de către Societate, acest contract suplimentar devine valabil în mod automat la momentul alocării primului bonus de către Societate.

1.4. Prezentul document are rolul de a detalia termenii și condiţiile de asigurare pentru prezenta componentă de investiţii.

ARTICOLUL 2 - Beneficiile asigurării

2.1. Riscurile asigurate prin acest contract suplimentar de asigurare sunt:

- Supravieţuirea Asiguratului până la maturitatea contractului – Asiguratul primeşte valoarea contului de investiţii de la data soluţionării cererii de răscumpărare, conform articolului *“Răscumpărarea totală a componentei de investiţii, începând cu data maturităţii”*.

  Te rugăm să citeşti şi articolul *“Extinderea automată a perioadei de investiţii”* din prezentul document, unde îţi detaliem extinderea perioadei de investiţii după maturitatea contractului.

  Tot în acest articol sunt detaliate şi ce despăgubiri vom plăti în cazul producerii evenimentelor asigurate, odată ce componenta ta de investiţii a fost extinsă.

- Decesul din orice cauză al Asiguratului – Societatea va plăti Beneficiarilor desemnaţi valoarea contului de investiţii de la data notificării decesului, ca beneficiu al componentei de investiţii.

ARTICOLUL 3 - Data intrării în vigoare a contractului suplimentar

3.1. Data intrării în vigoare a prezentului contract va fi prevăzută în poliţa de asigurare sau într-o anexă, în cazul în care contractul suplimentar a fost anexat ulterior.

ARTICOLUL 4 - Vârsta de intrare în asigurare și durata contractului suplimentar de asigurare

4.1. Vârsta Asiguratului la data încheierii prezentului contract suplimentar poate fi cuprinsă între 1 zi și 75 (șaptezeci și cinci) de ani.

4.2. Valabilitatea prezentului contract suplimentar de asigurare expiră în momentul în care componenta principală de investiţii, la care este atașat, își încetează valabilitatea, indiferent de motivul încetării. În acest caz, prezentul contract va înceta prin plata valorii contului de investiţii către Titularul asigurării sau, după caz, către Asigurat, conform articolului *„Răscumpărarea componentei de investiţii”* din condiţiile speciale ale prezentului document.

ARTICOLUL 5 - Plata primei suplimentare de investiție

5.1. Contractul suplimentar Invest Extra se activează prin plata integrală a unei prime de asigurare unice, denumită și prima suplimentară de investiţii.

5.2. Plata primei de asigurare se poate face: prin opţiunile de plată oferite de băncile partenere (la casieriile băncilor partenere sau prin transfer bancar) sau prin orice alt mijloc de plată prevăzut în cererea de asigurare sau specificată ulterior de societate.

5.3. Data plăţii primei de asigurare va fi considerată ca fiind data la care instituţia bancară virează banii în contul Societăţii.

5.4. Dovada plăţii primei de asigurare o reprezintă înregistrarea realizată de bancă cu privire la tranzacţie.

ARTICOLUL 6 - Componenta suplimentară de investiții în contextul alocării bonusurilor

6.1. În funcţie de componenţa contractului de asigurare (incluzând asigurarea de bază și orice alte contracte suplimentare atașate acesteia), anumite bonusuri vor fi plătite Asiguratului de către Societate, conform condiţiilor contractuale ale respectivelor componente de protecţie/ investiţie.

6.2. Dacă pe poliţa de asigurare există o componentă principală de investiţii, respectivele bonusuri vor fi automat investite într-un **cont suplimentar de investiţii**, a cărui funcţionalitate este explicată prin prezentele condiţii contractuale. Bonusurile vor fi alocate în conformitate cu strategia de investiţii aferentă contului principal de investiţii.

Pentru Co-Asiguraţii tăi, bonusurile vor fi plătite în contul lor bancar.

6.3. Bonusurile pentru care se aplică prezentul articol sunt:

a) Bonusuri pentru componentele de protecţie:

- Bonusul pentru zero despăgubiri, aferent „Decesului din orice cauză”;
- Bonusul pentru zero despăgubiri, aferent „Beneficiilor zilnice de spitalizare în caz de accident/ în caz de accident sau îmbolnăvire”;
- Bonusul pentru zero despăgubiri, aferent „Beneficiilor chirurgicale în caz de accident/ în caz de accident sau îmbolnăvire”.

b) Bonusurile pentru componentele de investiţii (după caz):

- Bonusul pentru evenimente fericite;
- Bonusul de loialitate.

6.1. Următoarele articole și paragrafe ale prezentelor condiţii contractuale nu se aplică contului suplimentar de investiţii, în contextul alocării de Bonusuri:

a) „Plata primei unice de asigurare”

b) “Alocarea primei unice de asigurare, în contul suplimentar de investiţii”.

ARTICOLUL 7 - Încetarea contractului de asigurare

7.1. Contractul suplimentar va înceta fără intervenţia instanţelor judecătorești, în următoarele cazuri:

a) prin reziliere unilaterală a contractului suplimentar, de către oricare dintre părţi, în cazul nerespectării obligaţiilor contractuale de către cealaltă parte. Rezilierea se va face printr-o notificare scrisă, transmisă celeilalte părţi, la ultima adresă comunicată, fără îndeplinirea niciunei alte formalităţi prealabile și fără intervenţia instanţelor judecătorești. În acest caz va fi plătită către Titular valoarea contului suplimentar de investiţii, calculată la data procesării cererii de reziliere;

b) prin renunţarea de către Titularul asigurării la contractul suplimentar de asigurare. Renunţarea la contract se poate face în termen de 30 de zile calendaristice, calculate de la data emiterii poliţei de asigurare, fără plata vreunei penalităţi și cu restituirea eventualelor prime plătite. Pentru ca renunţarea să producă efecte, notificarea de renunţare trebuie făcută în scris, sa conţină datele de identificare și semnătura Titularului asigurării și transmisă Societăţii. Restituirea primei se va efectua către Titularul contractului de asigurare;

c) prin renunţare la contractul de asigurare, de către Titularul asigurării, prin notificare scrisă, transmisă cu preaviz de 20 de zile calendaristice. În acest caz, va fi plătită către Titular valoarea contului de investiţii, calculată la data procesării cererii de răscumpărare;

d) de drept la data decesului Asiguratului, prin plata către Beneficiar a indemnizaţiei de deces;

e) la data răscumpărării totale a contului suplimentar de investiţii, prin plata valorii contului de investiţii către Titularul asigurării sau, după caz, către Asigurat, conform articolului *„Răscumpărarea componentei de investiţii”* din condiţiile speciale ale prezentului contract suplimentar de asigurare;

f) la data încetării totale a contului principal de investiţii, căruia îi este anexat prezentul contract suplimentar, indiferent de motivul încetării. În acest caz va fi plătită valoarea contului suplimentar de investiţii către aceeași persoană care va încasa și valoarea contului principal de investiţii, conform articolului *„Răscumpărarea componentei suplimentare de investiţii”* din condiţiile speciale ale prezentului contract suplimentar.

ARTICOLUL 8 - Contractul suplimentar ca parte a poliței de asigurare

8.1. Acest contract suplimentar este parte a contractului de asigurare căruia îi este anexat, iar condiţiile asigurării îi sunt aplicabile, cu excepţia articolelor modificate sau înlocuite prin articole corespunzătoare din acest contract suplimentar.

8.2. Următoarele articole și paragrafe ale condiţiilor contractuale pentru planul de asigurare de bază, dacă există, nu se aplică în contextul acestui contract suplimentar:

a) „Situaţii aplicabile în cazul întreruperii plăţii primelor de asigurare”

b) „Indexarea”

c) „Modificări ale sumei asigurate/ primei de asigurare”

d) „Sinuciderea”

e) „Asigurarea pe timp de război”

f) „Sindromul imunodeficienţei dobândite (SIDA)”

g) „Repunerea în vigoare a contractului de asigurare”.

Condiţii speciale

Definiții specifice

Preţul de vânzare al unităţii de fond: preţul la care o unitate de fond este vândută de către Titularul asigurării.

Preţul de cumpărare al unităţii de fond: preţul la care o unitate de fond este cumpărată de către Titularul asigurării. Acesta este egal cu preţul de vânzare majorat cu un anumit procent, menţionat în Anexa 2 a prezentului contract de asigurare.

Profilul de risc: nivelul de risc investiţional pe care Titularul asigurării este dispus să și-l asume pentru o anumită perioadă de timp.

Programul de investiţii: un portofoliu standard format din diverse tipuri de active financiare, administrate de către Asigurător.

Prospectul programului de investiţii: regulile care descriu în detaliu programele de investiţii, modul lor de organizare și administrare, acestea făcând parte integrantă din acest contract suplimentar. Regulile pot fi modificate de Societate, cu notificare scrisă către Titularul poliţei de asigurare, transmisă anterior modificării.

Strategia de investiţii: o combinaţie a programelor de investiţii, aleasă de către Titularul asigurării în funcţie de profilul său de risc. Alegerea strategiei are loc la data semnării sau consimţirii prin utilizarea tehnicilor de comunicare la distanţă puse la dispoziţie de către Asigurător, contractului suplimentar de asigurare și poate fi modificată ulterior, printr-o solicitare scrisă și transmisă Societăţii sau prin intermediul serviciilor electronice la distanţă (ex.: platforme online, email) puse la dispoziţie de Societate.

Taxa de administrare a programelor de investiţii: taxa percepută de Societate pentru acoperirea costurilor de administrare ale activelor aferente programelor de investiţii. Taxa se aplică la valoarea de piaţă a activelor programului de investiţii și se reflectă în preţul unităţii de fond. Valoarea anuală a taxei de administrare este prezentată în Tabelul Elementelor Variabile.

Tabelul Elementelor Variabile: lista elementelor variabile aplicabile acestui contract suplimentar, la data intrării în vigoare, detaliate in Anexa 2 a prezentului document. Aceste elemente variabile sunt necesare în vederea administrării componentei suplimentare de investiţii și valoarea lor poate fi modificată oricând de Societate, tabelul actualizat fiind disponibil pe website-ul Societăţii, precum și în toate sediile Asigurătorului.

Unitate de fond: o diviziune a programului de investiţii oferit de Asigurător, pe baza căruia se calculează valoarea contului suplimentar de investiţii, conform prezentului contract suplimentar de asigurare.

Valoarea contului suplimentar de investiţii: valoarea cumulată a tuturor unităţilor de fond existente în Contul suplimentar de investiţii.

ARTICOLUL 1 - Contul suplimentar de investiții și rolul său în asigurare

1.1. Prin componenta suplimentară de investiţii, Titularul își poate maximiza valoarea totală a investiţiilor sale, accesând noi programe de investiţii puse la dispoziţie de către Societate sau mărind valoarea investită în programele deja alese pentru componenta principală de investiţii.

Scopul principal al componentei suplimentare de investiţii este să te ajute să îţi accelerezi investiţiile, prin plăţi unice, investite fie conform strategiei pentru care ai optat la intrarea în asigurare, fie optând pentru un profil de risc diferit.

Îţi reamintim că în comparaţie cu alte instrumente de economisire cu venituri fixe, respectiv garantate, scopul principal al componentelor de investiţii este să te ajute să beneficiezi în timp de câștiguri mai mari, în funcţie de profilul de risc al strategiei de investiţii pe care Titularul contractului a ales-o.

Este foarte important însă să înţelegi că investiţia poate înregistra și pierderi, iar că dinamica câștigurilor din fiecare program de investiţii este direct proporţională cu gradul de risc asociat acestuia.

1.2. Randamentul cumulat al componentelor de investiţii se reflectă în valoarea cumulată a conturilor de investiţii.

1.3. Prezentele condiţii speciale au scopul de a detalia toţi factorii care pot influenţa valoarea contului suplimentar de investiţii.

1.4. În funcţie de strategia de investiţii, **valoarea contului suplimentar de investiţii** se va calcula pe baza numărului de unităţi aferent fiecărui program de investiţii, înmulţit cu preţul de vânzare al respectivelor unităţi de fond.

ARTICOLUL 2 - Evaluarea unităților de fond

2.1. Evaluarea activelor se realizează zilnic, având la bază regulamentele contabile aplicate în domeniul asigurărilor emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară, în conformitate cu Directivele Europene specifice domeniului asigurărilor.

2.2. Pentru fiecare program de investiţii în parte, valoarea netă a activelor ce stau la baza acestuia va fi determinată ca diferenţă între valoarea de piaţă a respectivelor active și taxa de administrare a programului de investiţii, aplicabilă la momentul evaluării, așa cum este prevăzută în Anexa 2 “Nivelul și structura taxelor aplicabile contului suplimentar de investiţii” din prezentul document.

2.3. În baza acestui proces de evaluare, se determină preţul unităţii de fond pentru fiecare program de investiţii în parte, ca raport între valoarea netă a activelor programului de investiţii și numărul total de unităţi investite de către Societate în respectivul program de investiţii.

2.4. Preţul unităţii de fond astfel determinat va reprezenta preţul de vânzare al unităţii de fond pentru fiecare program de investiţii în parte. Preţul de cumpărare al unităţii de fond este egal cu preţul de vânzare al unităţii de fond, majorat cu un anumit procent, detaliat în Anexa 2 de la sfârșitul prezentului contract suplimentar de asigurare.

2.5. În baza procesului de evaluare zilnic, preţul unităţii de fond va crește sau va scădea, generând astfel venituri sau pierderi în raport cu sumele investite. Veniturile obţinute pe baza activelor programelor de investiţii vor fi reinvestite în acestea.

2.6. Preţul unităţii de fond nu este garantat de către Asigurător, el fluctuând în funcţie de evoluţia pieţei de capital.

ARTICOLUL 3 - Modificarea strategiei de investiții

3.1. Pe durata valabilităţii contractului suplimentar de asigurare, Titular poate modifica strategia de investiţii, prin transferul unităţilor de fond existente dintr-un program de investiţii în unul sau mai multe programe de investiţii.

3.2. Modificarea strategiei de investiţii se poate realiza atât online, prin platforma e-Customer, cât și printr-un formular tip pus la dispoziţie de Societate, completat și depus la sediile Societăţii de către Titular. Indiferent de modul de transmitere a solicitării de modificare a strategiei de investiţii, noua strategie devine efectivă numai după ce solicitarea a fost acceptată de către Societate.

3.3. Orice solicitare de modificare va fi acceptată de Asigurător în maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data primirii acesteia.

3.4. Transferul unităţilor de fond existente se realizează cu respectarea următoarelor prevederi:

- Transferurile vor fi efectuate cu respectarea limitelor și a costurilor menţionate în Tabelul Elementelor Variabile, în vigoare la data procesării.
- Valoarea de transferat dintr-un program de investiţii va fi iniţial cuantificată în Lei (prin înmulţirea numărului de unităţi de transferat cu preţul de vânzare al unităţii respective, la momentul transferului), fiind ulterior transferată în programul sau programele de investiţii indicate de către Titular în solicitarea transmisă și în proporţiile specificate de acesta. Transferul se va realiza prin convertirea respectivei sume în unităţile de fond a noilor programe de investiţii, pe baza preţului de vânzare al noilor unităţi de fond.

ARTICOLUL 4 - Modificarea programelor de investiții

4.1. Societatea poate modifica oricând, unilateral, **componenţa programelor de investiţii**, putând retrage/ închide orice program de investiţii sau adăuga un nou program de investiţii.

4.2. Suplimentar, Societatea poate modifica unilateral **prospectele programelor de investiţii**.

4.3. Orice modificare va fi însoţită de o notificare scrisă, transmisă către Titularul asigurării.

4.4. Componenţa actualizată a programelor de investiţii poate fi consultată pe website-ul Societăţii.

ARTICOLUL 5 - Alocarea primei unice în contul suplimentar de investiții

5.1. Rolul primei suplimentare de asigurare este de a crea contul suplimentar de investiţii, prin alocarea unui număr de unităţi de fond, determinat pe baza preţului de cumpărare din ziua alocării primei, conform strategiei de investiţii.

5.2. Prima suplimentară de asigurare va fi alocată în contul de investiţii în termen de maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data la care următoarele condiţii sunt îndeplinite simultan:

- Prima suplimentară de asigurare a fost înregistrată în contul bancar al Societăţii
- Cererea de adăugare a prezentului contract suplimentar a fost acceptată de Societate.

5.3. Prima suplimentară de asigurare va fi alocată în conformitate cu strategia de investiţii menţionată în cererea de adăugare a prezentului contract suplimentar.

ARTICOLUL 6 - Alocarea Bonusurilor în contul suplimentar de investiții

6.1. Orice bonus plătibil în baza poliţei de asigurare pentru Asigurat va fi automat alocat de către Societate în contul suplimentar de investiţii. Titularul asigurării va fi notificat în acest sens în maxim 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data alocării fiecărui bonus.

6.2. În cazul în care Titularul nu a optat pentru ataşarea componentei Invest Extra, Societatea va crea automat contul suplimentar de investiţii în momentul alocării primului bonus. Fiecare bonus alocat va avea propriul său cont suplimentar de investiţii.

6.3. Bonusurile vor fi alocate respectând criteriile de eligibilitate descrise în condiţiile contractuale ale componentelor de protecţie/ investiţii în baza cărora vor fi plătite.

6.4. Alocarea bonusurilor în contul suplimentar de investiţii se va realiza ţinându-se cont de strategia de investiţii aferentă componentei principale de investiţii, la momentul alocării acestora. Valoarea bonusurilor va fi transformată în unităţi de fond, numărul de unităţi de fond astfel alocate se va calcula prin raportarea valorii fiecărui bonus la preţul de vânzare al unităţilor de fond, valabil la momentul alocării.

6.5. Asiguratul are dreptul să încaseze oricând valoarea contului suplimentar de investiţii. Detalii suplimentare despre răscumpărarea parţială/totală a contului suplimentar de investiţii se regăsesc în articolul *“Răscumpărarea componentei suplimentare de investiţii”*.

6.6. Niciun bonus nu va fi alocat de către Societate în contul suplimentar de investiţii, dacă perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar a fost automat extinsă, conformul articolului *“Extinderea automată a perioadei de investiţii”*.

ARTICOLUL 7 - Extinderea automată a perioadei de investiții

7.1. Dacă, componenta principală de investiţii își extinde valabilitatea (în funcţie de tipul contractului respectiv, acesta fie este transformat în "contract liber de plata primelor", fie "extinderea automată a perioadei de investiţii" devine aplicabilă, conform condiţiilor contractuale aplicabile), valabilitatea componentei Invest Extra va fi **extinsă automat** în aceleași condiţii. Titularul contractului va fi notificat în acest sens în maxim 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data extinderii.

7.2. Prin extinderea perioadei de valabilitate, Societatea va continua să administreze contul suplimentar de investiţii al Asiguratului, atât timp cât contul principal de investiţii rămâne activ.

7.3. Odată cu încetarea contului principal de investiţii, indiferent de motivul încetării, prezenta componentă suplimentară de investiţii va înceta de plin drept, prin plata valorii contului suplimentar de investiţii către aceeași persoană care va încasa si valoarea contului principal de investiţii. Titularul asigurării va fi notificat în acest sens în maxim 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data încetării, acesta fiind responsabil să transmită Societăţii datele bancare ale Asiguratului în vederea efectuării plăţii, dacă Asiguratul este persoana îndreptăţită să încaseze beneficiul.

ARTICOLUL 8 - Răscumpărarea componentei suplimentare de investiții

7.1. Această asigurare poate fi răscumpărată integral sau parţial, dar nu mai devreme de 6 (șase) luni de la data intrării în vigoare. Titularul asigurării sau Asiguratul, după caz, vor depune în acest sens o cererea scrisă și semnată la sediile Societăţii. Respectiva cerere va fi procesată de Societate într-un termen de maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data primirii acesteia.

7.2. Răscumpărarea componentei suplimentare de investiţii, poate fi:

A. **totală, înainte de data maturităţii** → contractul suplimentar încetează;

B. **totală, începând cu data maturităţii** → contractul suplimentar încetează;

C. **parţială** → contractul suplimentar rămâne în vigoare.

A. Răscumpărarea totală a componentei suplimentare de investiţii, înainte de data maturităţii

a) Înainte de data maturităţii, componenta de investiţii aferentă bonusurilor poate fi răscumpărată **integral** doar de către Asigurat, în timp ce componenta de investiţii aferentă primei suplimentare de investiţii poate fi răscumpărată **integral** doar de către Titular, contractul suplimentar de asigurare încetând la data soluţionării cererii de răscumpărare.

B. Răscumpărarea totală a componentei suplimentare de investiţii, începând cu data maturităţii

a) Începând cu data maturităţii, dacă perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar este extinsă, conform articolului *"Extinderea automată a perioadei de investiţii"*, răscumpărarea **totală** a contractului va putea fi solicitată doar de către Asigurat.

b) În urma cererii de răscumpărare totală, componenta Invest Extra încetează la data soluţionării cererii de răscumpărare, prin plata valorii contului suplimentar de investiţii, valabilă la data soluţionării cererii de răscumpărare, către Asigurat.

C. Răscumpărarea parţială a componentei de investiţii

a) Componenta suplimentară de investiţii aferentă primei suplimentare de investiţii poate fi răscumpărată **parţial**, oricând pe durata de valabilitate a prezentului contract, cu respectarea limitelor stabilite de Societate, precizate în Tabelul Elementelor Variabile, astfel:

- înainte de data maturităţii, doar de către Titular;
- după data maturităţii, dacă perioada de investiţii a fost automat extinsă, doar de către Asigurat.

b) Componenta suplimentară de investiţii aferentă bonusurilor poate fi răscumpărată **parţial** doar de către Asigurat, oricând pe durata de valabilitate a prezentului contract.

c) În urma cererii de răscumpărare parţială, Societatea va reduce numărul de unităţi de fond din contul de investiţii corespunzător cu valoarea răscumpărării parţiale, reprezentând valoarea solicitată de către Titularul poliţei sau de către Asigurat pentru a fi dedusă din contul de investiţii

d) În cazul în care, la data solicitării răscumpărării parţiale, contul de investiţii este format din unităţi de fond aparţinând mai multor programe de investiţii, valoarea răscumpărării parţiale din fiecare program de investiţii se va calcula proporţional cu valoarea contului Asiguratului, dacă Titularul/ Asiguratul nu solicită altfel. Toate aceste tranzacţii sunt realizate folosind preţul de vânzare al unităţilor de fond valabil la data tranzacţiei.

Anexa 1 la Condiţiile speciale

Programele de investiții

1.1. Scopul programelor de investiţii

1.1.1. Obiectivul creării programelor de investiţii este creșterea pe termen lung a valorii activelor deţinute. Acestea sunt programe de investiţii distincte administrate de Societate, fiind incluse în activele acesteia.

1.2. Calculul preţului unităţii de fond

1.2.1. Preţul de vânzare al unei unităţi de fond se calculează ca fiind raportul dintre valoarea activelor nete, calculate conform articolului *“Evaluarea unităţilor de fond”* din condiţiile speciale ale prezentului contract și numărul total al unităţilor de fond aflate în administrare, la data evaluării.

1.2.2. Preţul se calculează pentru fiecare program de investiţii în parte.

1.2.3. Preţul de cumpărare se calculează prin majorarea cu un anumit procent, menţionat în Anexa 2 a prezentului contract suplimentar de asigurare.

1.3. Precizări suplimentare

1.3.1. Programele de investiţii nu includ garanţii în ceea ce privește randamentul investiţional.

1.3.2. Pentru programele de investiţii denominate în altă monedă, preţul zilnic (preţul de vânzare și/ sau preţul de cumpărare) al acestora va include și fluctuaţia de curs valutar.

1.3.3. Preţurile zilnice de vânzare și de cumpărare ale unităţilor de fond din programele de investiţii sunt disponibile pe website-ul și în toate sediile Societăţii.

1.3.4. Preţurile zilnice iau în calcul taxele de administrare ale programelor de investiţii, conform precizărilor din Tabelul Elementelor Variabile, în vigoare la data evaluării.

Anexa 2 la Condiţiile speciale

Important: Aceasta anexă cuprinde lista elementelor variabile aplicabile componentei suplimentare de investiţii la data intrării în vigoare. Aceste elemente variabile sunt necesare în vederea administrării contului suplimentar de investiţii şi valoarea lor poate fi modificată oricând de Societate, tabelul actualizat fiind disponibil pe website-ul Societăţii, precum şi în toate sediile Asigurătorului.

Tabelul elementelor variabile

I. Taxa de poliţă	0 Lei/an; acest cost este evidenţiat separat în poliţa de asigurare.
II. Taxe pentru modificarea strategiei de investiţii a contului	Singura modificare posibilă este transferul de unităţi de fond: 2 modificări gratuite/ an de poliţă O taxă de 4 Lei va fi debitată din cont, pentru fiecare modificare suplimentară. Orice modificare efectuată prin platforma e-Customer va fi gratuită.
III. Taxe de administrare a programelor de investiţie	Taxa se calculează prin aplicarea procentului aferent programului de investiţii la valoarea de piaţă a activelor programului respectiv. Valoarea astfel obţinută se deduce din valoarea de piaţă a respectivelor active, obţinându-se astfel valoarea netă a activelor programului de investiţii, evaluată zilnic. Taxa se reflectă în preţul unităţii de fond. • „LEU Confortabil”: 1,20% pe an • „LEU Echilibrat”: 1,80% pe an • „LEU Dinamic”: 2,40% pe an • „EURO Power”: 2,00% pe an • „EURO Accelerated”: 2,00% pe an
IV. Preţul unităţilor de fond	Preţul de cumpărare al unităţii de fond = Preţul de vânzare al unităţii de fond majorat procentual cu: ✓ 2%, dacă frecvenţa de plată a primei de asigurare pentru componenta principală de investiţii este lunară, trimestrială, semestrială sau anuală; ✓ 5%, dacă prima de asigurare pentru componenta principală de investiţii are caracter unic; ✓ 0%, dacă suma investită provine din alocarea de Bonusuri, unde Preţul de vânzare al unităţii de fond pentru fiecare program de investiţii este calculat zilnic şi se determină ca valoarea netă a activelor programului de investiţii / (împărţită) la numărul total de unităţi investite de Societate în respectivul program de investiţii.
V. Procent (%) de alocare a primei de asigurare	100% din prima de asigurare plătită va fi investită in Contul de investiţii al Asiguratului
VI. Răscumpărarea totală sau parţială	• Este valabilă după primele 6 (şase) luni* • Nu se aplică taxe de răscumpărare • Nu există o valoare minimă pentru răscumpărarea parţială • Valorea minimă a contului după răscumpărarea parţială: 100 Lei ** Această restricţie nu se aplică şi în cazul sumelor investite ca urmare a alocării de Bonusuri.*
VII. Procent minim de investit într-un program de investiţii	5% Suma tuturor procentelor alocate în programele de investiţii nu poate depăşi 100%.