

PREVEDERI GENERALE

1. Relațiile contractuale dintre Asigurător, Contractant și Asigurat vor fi guvernate de prezentele Condiții Contractuale Generale de asigurare, care se completează cu Condițiile Contractuale Specifice ale fiecărui Pachet și ale fiecărei Clauze suplimentare contractate de către Contractantul asigurării.

2. Asigurarea de sănătate are rolul de a facilita Asiguratului accesul la Servicii medicale atunci când există o modificare a stării sale de sănătate și/sau există un Risc asigurat prin Contractul de asigurare. Prin Contractul de asigurare de sănătate, Asigurătorul se obligă ca în caz de necesitate medicală apărută în timpul Perioadei de asigurare, să permită Asiguratului accesul la Servicii medicale sau să achite Indemnizația de despăgubire convenită conform Contractului, în baza respectării Condițiilor de asigurare, a oricăror altor elemente stabilite de comun acord și comunicate în scris de către părți și cu condiția ca Prima de asigurare să fi fost achitată în cuantumul și la scadențele prevăzute în Contractul de asigurare.

3. Condițiile Contractuale Generale de asigurare sunt completate și, dacă este cazul, modificate de Condițiile Contractuale Specifice de asigurare.

Ele se aplică pentru următoarele tipuri de Pachete:

- a. Pachetul ambulatoriu PersonalMed;
- b. Pachetul ambulatoriu CompleteMed;
- c. Pachetul ambulatoriu DeluxeMed;
- d. Pachetul de spitalizare PersonalMed
- e. Pachetul de spitalizare CompleteMed;
- f. Pachetul de spitalizare DeluxeMed.

4. Structura asigurării de sănătate

Pentru a forma Asigurarea de sănătate iMed, Contractantul poate opta pentru unul dintre cele 3 pachete (PersonalMed, CompleteMed și DeluxeMed) de servicii medicale ambulatorii și /sau de spitalizare. Pachetele de servicii medicale ambulatorii și Pachetele de servicii medicale de spitalizare pot fi contractate de sine stătător sau împreună, formându-se astfel Pachet ambulatoriu și/sau de spitalizare.

Art 1. CONDIȚII DE ELIGIBILITATE

Contractul de asigurare este valabil pentru accesarea Serviciilor medicale doar pe teritoriul României.

Contractantul asigurării poate fi o Persoană fizică sau juridică care justifică un Interes asigurabil în relația pe care o are cu Asiguratul.

Asiguratul trebuie să fie cetățean român sau cetățean al unui stat membru al Uniunii Europene, cu domiciliul în România, respectiv rezident în România.

Asiguratul poate fi același cu Contractantul Persoană fizică sau poate fi soțul/soția, mama/tatăl și/sau copiii Asiguratului (biologici, vitregi sau legal adoptați).

Toți Asigurații din același Contract de asigurare trebuie să aibă aceleași acoperiri contractuale.

Asigurații copii pot fi incluși în Contractul de asigurare, dacă unul dintre părinți sau o rudă de gradul II, are calitatea de Asigurat sau Contractant.

Obligațiile contractuale ale Asiguraților copii vor fi îndeplinite de Contractantul persoană fizică sau de Asiguratul adult sau de unul dintre aceștia, dacă ambii părinți sunt Asigurați prin Contractul de asigurare.

Indiferent de vârstă, în prevederile de mai jos se va utiliza termenul Asigurat, făcându-se distincția unde este necesar.

Vârsta minimă de intrare în Contractul de asigurare pentru Asiguratul care are și calitatea de Contractant este de 18 ani.

Vârsta maximă de intrare în Contractul de asigurare pentru Asigurat este de 64 ani.

Vârsta minimă de intrare în Contractul de asigurare pentru Asigurații copii este de 6 luni, vârsta maximă la expirarea acoperirii fiind de 21 ani.

Vârsta Asiguratului adult nu poate fi mai mare de 65 de ani la Data de expirare a Contractului de asigurare.

ART.2. DEFINIȚII

Termenii utilizați au următorul înțeles:

2.1. **Accident:** Eveniment imprevizibil, neintenționat, brusc, violent și neașteptat, generat de un factor extern organismului, survenit pe Perioada de asigurare, cauzat de forțe externe, independent de voința Asiguratului și care provoacă acestuia în mod direct și

UNIQA Asigurări de viață SA

Str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter, sector 1, București

Înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului J/40/23525/1992

Cod unic de înregistrare 1589754

Societate administrată în sistem dualist

Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară

Capital social integral vărsat 54.983.971,38 RON

Autorizată de ASF (CSA) prin Decizia de Autorizare nr. 289 din 08.04.2010

Cont IBAN RO 66 RZBR 0000 06000 917 7442 RON - Raiffeisen Bank

Înmatriculată în Registrul Asiguratorilor sub nr. RA – 003/2003.

Operator de date cu caracter personal ANSPDCP: 16900

Cod LEI 529900L3YL1512DQN720

Telefon: 0374.400.410, Fax: +40 21 313.79.85

e-mail: info@uniqa.ro; www.uniqa.ro; /UNIQA.Asigurări

independent de orice altă afecțiune, o vătămare corporală. Accidentul, data producerii acestuia și consecințele sale trebuie să fie certificate, imediat după producere de către un medic sau trebuie să fie consemnate consecințele acestuia într-un document medico-legal.

2.2. Afecțiuni minore de sănătate: Afecțiuni pentru care nu este obligatoriu necesar o Consultație medicală și pentru care se poate oferi un sfat medical telefonic de către medic prin serviciul Contact Center.

2.3. Afecțiune medicală pre-existentă: Oricare manifestare, leziune, afecțiune sau orice altă condiție medicală rezultată în urma unei Boli sau a unui Accident, care s-a manifestat sau a apărut anterior Datei de început a Contractului de asigurare, pentru care Asiguratului i s-a recomandat un tratament, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu.

2.4. Intermediar: Persoană fizică sau juridică, autorizată de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, ce desfășoară activitatea de intermediere de asigurări, împuternicită în baza unei autorizații scrise valabile din partea Asigurătorului, să încheie Contracte de asigurare cu terții, conform condițiilor stipulate în contractul de intermediere încheiat cu acesta.

2.5. An de asigurare: Perioada cuprinsă între Data de început și Data de încetare a Contractului de asigurare.

2.6. Aniversare Contract de asigurare: Data la care se împlinește un an întreg de la Data de început a Contractului de asigurare.

2.7. Asigurat: Persoana a cărei stare de sănătate constituie obiectul Contractului de asigurare.

Serviciile medicale vor fi acordate fiecărui Asigurat menționat în Contractul de asigurare, în funcție de tipul Pachetului / Pachetelor alese de către Contractantul asigurării.

2.8. Asigurător: UNIQA Asigurări de viață S.A., Str. Nicolae Caramfil nr. 25, sector 1, București, Cod poștal 014141, Telefon Contact Center: 0374.400.440, e-mail: sanatare@uniqa.ro; Website: www.uniqa.ro.

2.9. Aprobare: Procedura prin care Asigurătorul, prin serviciul Contact Center efectuează autorizarea și programarea serviciilor acoperite prin Contractul de asigurare, în Rețeaua de Parteneri Medicali ca urmare a unei necesități medicale apărută Asiguratului în Perioada de asigurare, certificată de medicul Asigurătorului, ca fiind necesară din punct de vedere medical.

2.10. Boală: Afecțiune, stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de către un medic pe Perioada de asigurare, conform criteriilor clinice sau împreună cu investigații paraclinice, specifice.

2.11. Card de Asigurat: Document individual, care va fi prezentat înainte de efectuarea oricărui Serviciu medical (consultații, explorare imagistică, explorare funcțională, teste de laborator, spitalizare cu /sau fără intervenție chirurgicală, alte Servicii medicale incluse), în cadrul Rețelei de Parteneri Medicali. Conține informații cu privire la identificarea Asiguratului, numărul Contractului de asigurare, perioada de valabilitate și numărul de telefon al serviciului Contact Center.

2.12. Cerere de asigurare: Formular tipizat pus la dispoziție de Asigurător, completat cu informații despre Contractant, Asigurat/Asigurați, pe baza căruia Asigurătorul efectuează evaluarea riscului, în vederea încheierii Contractului de asigurare.

2.13. Consultație medicală: Discuția medicului specialist sau primar cu Asiguratul, examinarea fizică a acestuia în scopul identificării simptomatologiei, istoricului afecțiunii, modificărilor evidențiate la examenul obiectiv, diagnosticului, necesarului de Servicii medicale paraclinice (analize de laborator, imagistică, explorare funcțională) și a recomandărilor de tratament.

2.14. Contractant: Persoana fizică sau juridică, care încheie cu Asigurătorul un Contract de asigurare și care se angajează să plătească Primele de asigurare la termenele stabilite în Polița de asigurare și devine titularul Poliței de asigurare.

2.15. Contact Center: Serviciul de asistență pus la dispoziție de Asigurător de la care se pot obține informații telefonice în legătură cu valabilitatea Contractului de asigurare, funcționarea și structura Rețelei de Parteneri Medicali, informații despre Contractul de asigurare, consiliere medicală sau aprobare Servicii medicale. Prin intermediul acestuia, Asiguratul poate face uz de drepturile ce îi revin în baza Contractului de asigurare.

2.16. Contract de asigurare: Expresia hotărârii liber consimțite a părților, prin care Contractantul se obligă să plătească Prima de asigurare cel târziu la data scadentă, în schimbul preluării de către Asigurător a Riscului asigurat pentru persoanele Asigurate.

2.17. Costul Serviciilor medicale: Contravaloarea Serviciilor medicale, care se plătește de către Asigurător, Rețelei de Parteneri Medicali/Asiguratului pentru Serviciile medicale prestate/accesate în urma producerii riscului asigurat; costul Serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare/plată și sunt emise de Partenerii Medicali din cadrul Rețelei sau de spitale publice sau Furnizori de Servicii medicale private din afara Rețelei, în funcție de acoperirile Contractuale.

2.18. Data de început a Contractului de asigurare: Data de început prevăzută în Polița de asigurare; data la care Asiguratorul preia Riscul asigurat.

2.19. Data de încetare a Contractului de asigurare: Data la care obligațiile Asigurătorului încetează conform Contractului de asigurare.

2.20. Denunțarea/Rezilierea Contractului de asigurare: Modalitățile de încetare a Contractului de asigurare, cu efecte pentru viitor, utilizate de către oricare dintre părți, în condițiile prevăzute de Contractul de asigurare și de legislația română în vigoare.

2.21. Document(e) de decontare: Document(e) medico-legal(e) eliberat(e) de Rețeaua de Parteneri Medicali sau de Furnizorii de Servicii medicale publice sau private din afara Rețelei, pentru acoperirea/decontarea costurilor Serviciilor medicale prestate unui Asigurat/accesate de către Asigurat, conform celor stabilite între Contractant și Asigurător.

2.22. Dosar de daună: Totalitatea documentelor pe baza cărora se va evalua decontarea Serviciilor medicale.

2.23. Evaluarea riscului: Procesul prin care Asigurătorul verifică dacă și, după caz, în ce condiții va acorda acoperire prin Contractul de asigurare potențialului Asigurat. În afara informațiilor declarate de către Contractant și de către Asigurat/(ți) în Cererea de asigurare, Asigurătorul poate solicita informații suplimentare și/sau documente medicale de la medici și/sau unități medicale.

2.24. Eveniment asigurat: Serviciul medical prestat unui Asigurat în caz de necesitate medicală, pe perioada de valabilitate a Contractului, conform Listei de acoperiri din Condițiile Contractuale Specifice, Accesat în limitele Contractului de asigurare.

2.25. Excluderi: Situații în care Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare și/sau nu permite accesul la Serviciile medicale. Aceste situații sunt expres prevăzute în Condițiile Contractuale de asigurare. Contravaloarea acelor Servicii medicale este susținută integral de către Asigurat sau de reprezentanții săi legali.

2.26. Formular de trimitere (recomandare medicală): Formular emis de un Medic specialist sau primar, exceptând medicul pediatru/de

familie al Asiguratului, care cuprinde datele de identificare ale Asiguratului, diagnosticul și recomandările medicale, care îi permite Asiguratului să solicite la serviciul Contact Center Aprobare și programare pentru Serviciile medicale specificate, în limita Contractului de asigurare. Acesta este însoțit de rezultatul Consultației medicale, cuprinzând: diagnosticul, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul examenului obiectiv și recomandările/ investigațiile medicale necesare/ tratamentele indicate.

2.27. Formular de Programare și Consult/ Formular de programare imagistică medicală și investigații de laborator: Document eliberat de Asigurător, ce confirmă programarea Asiguratului în Rețeaua de Parteneri Medicali pentru Serviciile medicale acoperite și limitele acestora.

2.28. Formular de Programare și detalii spitalizare: Document eliberat de Asigurător, ce confirmă programarea Asiguratului pentru spitalizare și/sau intervenție chirurgicală. Formularul conține și limitele de acoperire, conform Contractului de asigurare.

2.29. Furnizor de Servicii medicale: Unitate sanitară publică sau privată autorizată de Ministerul Sănătății din România, care furnizează Serviciile medicale și care emite documente justificative, valabile medico-legal pentru decontarea Serviciilor medicale prestate.

2.30. Indemnizație de asigurare: Suma de bani pe care Asigurătorul o plătește la producerea Evenimentului asigurat în limita maximă a Sumei asigurate agreeate între Contractant și Asigurător la încheierea Contractului de asigurare și care va fi calculată conform Condițiilor Contractuale Specifice pentru fiecare Pachet în parte.

2.31. Interesul asigurat: Relația dintre Contractant persoană fizică sau juridică și Asigurat, care trebuie să fie atât de apropiată, încât să justifice extinderea prejudiciului financiar de la Asigurat la Contractant și/sau de la Asigurat la membrii familiei sale, în cazul apariției Evenimentului asigurat.

2.32. Lista de acoperiri: Totalitatea Serviciilor medicale incluse de care poate beneficia Asiguratul în cadrul protecției alese de Contractant prin Contractul de asigurare. Va fi detaliată în Condițiile Contractuale Specifice ale fiecărui Pachet.

2.33. Medic: Persoană, posedând o diplomă medicală, autorizată să practice această profesie, care acționează în limitele specialității licenței sale și care dă recomandări Asiguratului, în caz de necesitate medicală.

2.34. Moneda contractuală: Contractul de asigurare se încheie în lei. Prima de asigurare și Indemnizația de asigurare vor fi achitate numai în lei.

2.35. Partener Medical: Instituție medicală cu care Asigurătorul are încheiat un contract de prestări Servicii medicale.

2.36. Perioada de asigurare: Perioada fixă de 1 an cuprinsă între Data de început și Data de încetare a Contractului de asigurare. Asigurătorul oferă protecție prin Contractul de asigurare numai în Perioada de asigurare.

2.37. Perioada de așteptare: Perioada fixă menționată în Condițiile Contractuale Specifice, calculată o singură dată de la Data de început a Contractului de asigurare, cu condiția continuității în Perioada de asigurare.

2.38. Perioada de grație: Intervalul de 10 zile calendaristice calculate începând cu prima zi în care Prima de asigurare este scadentă, în care Contractul de asigurare se consideră a fi în vigoare, chiar dacă nu a fost plătită Prima de asigurare. În această perioadă, Asiguratul va avea acces la Serviciile medicale efectuând plata acestora, cu decontare ulterioară pe baza Dosarului de daună, dacă Prima de asigurare este achitată cel târziu în ultima zi calendaristică anterioară datei de expirare a Perioadei de grație și dacă celelalte precizări din Condițiile Contractuale sunt respectate.

Serviciile medicale vor fi programate și acordate numai după efectuarea plății primei totale restante de către Contractant și încasarea ei de către Asigurător.

2.39. Polița de asigurare: Documentul emis de Asigurător după definitivarea procesului de Evaluare a riscului care certifică încheierea Contractului de asigurare și preluarea Riscului asigurat.

2.40. Prevederile Contractuale: Totalitatea mențiunilor din Condițiile Contractuale Generale și Specifice ale fiecărui Pachet, contractate de către Contractantul asigurării.

2.41. Prima de asigurare: Suma de bani pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului, la scadența stabilită prin Contract și menționată în Polița de asigurare, în schimbul protecției oferite de Asigurător.

2.42. Reducere: Discount de la plata Primei de asigurare, dacă sunt asigurați cel puțin 2 membrii ai aceleiași familii sau dacă există Abonament la sală de sport, valid, emis pe numele Asiguratului.

2.43. Reînnoirea Contractului de asigurare: Procedura prin care Contractantul poate opta, înaintea Datei de încetare a Contractului de asigurare, pentru prelungirea acestuia cu o nouă Perioadă de asigurare. Condițiile de reînnoire pot fi influențate de daunalitatea înregistrată în anul precedent, de fluctuația prețurilor serviciilor medicale sau de alte costuri pe care le are Asigurătorul.

2.44. Rețea de Parteneri Medicali ai Asigurătorului sau Rețea sau Rețeaua de parteneri: Lista instituțiilor medicale cu care Asigurătorul are încheiat un contract de prestări Servicii medicale. Lista poate fi actualizată în permanență și poate fi consultată la serviciul Contact Center, respectiv pe internet la adresa de Website www.uniqa.ro

2.45. Risc asigurat: Eveniment viitor, posibil, dar incert, care poate afecta starea de sănătate a Asiguratului și la producerea căruia Asigurătorul acoperă Evenimentele asigurate în limitele prevederilor și ale acoperirilor Contractului de asigurare.

2.46. Serviciul medical: Actul medical ce poate fi prestat numai în limitele prezentate în Formularul de Programare transmis de către Asigurător, dacă nu a fost precizat altfel în Polița de asigurare. În funcție de acoperirile contractuale, pot fi: consultații sau investigații medicale, spitalizări cu sau fără intervenții chirurgicale, alte acoperiri medicale incluse, conform detaliilor din Condițiile Contractuale Specifice, efectuate de către medici specialiști sau primari, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România, într-o unitate sanitară autorizată în România, considerate necesare de către Asigurător pentru diagnosticarea, asistența medicală necesară pentru Boala sau vătămarea corporală, care s-a manifestat pentru prima dată Asiguratului pe Perioada de Asigurare.

2.47. Scadența de plată: Data la care Contractantul trebuie să plătească Prima de asigurare, conform frecvenței de plată alese.

2.48. Spitalizare: Perioada continuă de internare într-un spital pentru minim 24 ore, recomandată de un medic specialist sau primar, cu scopul tratării afecțiunilor și/sau vătămărilor corporale apărute ca urmare a unui Accident sau a unei Boli și pentru care s-a obținut Aprobare prin serviciul Contact Center.

2.49. Suma asigurată: Valoarea maximă care poate fi plătită pe An de asigurare pentru fiecare Asigurat. Ea este prevăzută în Polița de asigurare. Indemnizațiile de asigurare cumulate, achitate de către Asigurător, nu pot depăși Suma asigurată.

2.50. Suspendare: Întreruperea temporară a Contractului de asigurare, ca urmare a neplății Primei de asigurare scadente, după trecerea

Perioadei de grație.

2.51. **Termenele contractuale:** Se referă la zile, luni, ani calendaristice/calendaristici. Termenele se împlinesc la ora 00:00 a zilei calendaristice a anului/ lunii corespunzătoare zilei în care încep să curgă. Termenul contractual care începe pe data de 29, 30 sau 31 ale lunii și se sfârșește într-o lună care nu are o asemenea zi, se va socoti împlinit la încetarea ultimei zile calendaristice a lunii de sfârșit. Termenele stabilite pe zile/luni calendaristice se calculează pe zile, respectiv luni întregi, în calculul acestora intrând atât ziua (ora 00:00), respectiv luna în cadrul căreia aceste termene încep să curgă, cât și ultima zi (ora 24:00) /lună a termenului.

2.52. **Urgență medicală:** Reprezintă orice Boală sau Accident, survenite brusc și neașteptat, în Perioada de asigurare, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia, exceptând Urgențele medicale cod roșu, acoperite prin sistemul național de urgență la numărul de telefon 112.

2.53. **Vătămare corporală:** Afectarea integrității corporale, ca urmare a producerii unui Accident, pentru care Asiguratul necesită îngrijiri medicale în vederea ameliorării sau vindecării.

ART. 3. CONTRACTUL DE ASIGURARE

Contractul de asigurare este constituit din: prezentele Condiții Contractuale Generale, Condițiile Contractuale Specifice, Oferta de asigurare, Cererea de asigurare și documentele anexă ale Cererii de asigurare (documente medicale și/ sau legale, chestionare medicale sau alte chestionare specifice), Formularul de analiză a necesităților, precum și oricare alte documente semnate de către Asigurător și Asigurat/Contractant asupra cărora părțile contractuale convin), Polița de asigurare.

3.1. Cererea de asigurare

3.1.1. Contractul de asigurare se încheie pe baza răspunsurilor date de Contractant/Asigurat la rubricile Cererii de asigurare, precum și pe baza documentelor anexă ale acesteia. Acestea vor fi semnate de către Asigurat și Contractant, exprimându-și astfel consimțământul privind încheierea Contractului de asigurare. Pe baza declarațiilor Contractantului/Asiguratului din Cererea de asigurare, din chestionare și/sau din detaliile suplimentare necesare Evaluării riscului, solicitate acestora, Asigurătorul va face evaluare din punct de vedere medical, ocupațional, rezidențial, financiar, sport/hobby. Afecțiunile de care suferă Asiguratul la intrarea în asigurare, ocupațiile/sporturile/hobby-urile ce implică un risc crescut, ar putea fi acoperite prin Contract, cu condiția să fie declarate de Asigurat în Cererea de asigurare și să fie acceptate de Asigurător printr-o clauză specială anexată la Contract. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare necesare Evaluării riscului.

3.1.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica starea de sănătate a Asiguratului.

Această verificare poate include solicitări suplimentare de documente medicale și/sau investigații paraclinice, precum și examinări medicale efectuate de către un medic agreat de Asigurător, în baza unei solicitări scrise transmise către Asigurat.

Cheltuielile făcute în legătură cu examinările medicale efectuate la Partenerii Medicali agreeți de către Asigurător, dacă au existat astfel de solicitări înainte de intrarea în vigoare a Contractului de asigurare, vor fi suportate de Asigurător. Alte cheltuieli efectuate pentru verificarea stării de sănătate a Asiguratului, vor fi suportate de către Asigurat.

În condițiile în care Contractantul și/sau Asiguratul renunță la încheierea Contractului de asigurare, eventualele cheltuieli făcute de Asigurător pentru examinările medicale vor fi deduse din Prima de asigurare plătită de Contractant.

3.1.3. Calculul final al Primei de asigurare se stabilește după Evaluarea riscului preluat și depinde, printre altele, de următorii factori: Pachetul/Pachetele de asigurare alese de Contractant, riscul de morbiditate legat de vârsta Asiguratului, costul mediu al Serviciilor medicale, frecvența de plată a primelor de asigurare, Starea de sănătate a Asiguratului în momentul încheierii contractului, cheltuielile inițiale cu emiterea și cheltuielile cu administrarea Contractului.

3.1.4. Dacă în urma evaluării Riscului de către Asigurător, prima rezultată este mai mare decât cea încasată la semnarea Cererii de asigurare, Contractantul trebuie să achite în termen de maxim 14 zile calendaristice această diferență. În cazul în care, această diferență nu este achitată în termen, Prima de asigurare plătită la semnarea cererii de asigurare va fi returnată, după reținerea cheltuielilor descrise la punctul 3.1.2 (dacă este cazul), iar acoperirea prin asigurare nu va începe.

În cazul în care Asigurătorul refuză acoperirea prin asigurare sau Contractantul refuză prima mărită/propunerea de acoperire făcută de Asigurător, Prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare va fi returnată Contractantului, după reținerea cheltuielilor descrise la punctul 3.1.2 (dacă este cazul). Dacă Contractantul refuză prima mărită pentru unul dintre Asigurați, prima plătită pentru acesta va fi returnată la cererea Contractantului, după reținerea cheltuielilor descrise la punctul 3.1.2 (dacă este cazul). Prima de asigurare nu va fi purtătoare de dobândă.

3.1.5. Dacă în perioada dintre Data semnării Cererii de asigurare și încheierea Contractului de asigurare, Asiguratul se îmbolnăvește, își schimbă ocupația sau se modifică condițiile inițiale comunicate prin Cererea de asigurare, Contractantul/Asiguratul are obligația să notifice imediat, în scris, Asigurătorul, detaliind schimbarea.

3.1.6. Asigurătorul oferă protecția din Contractul de asigurare numai dacă Asiguratul și Contractantul au oferit răspunsuri corecte, complete și reale la toate întrebările din Cererea de asigurare. Această obligație revine atât Asiguratului, cât și Contractantului, în cazul în care acesta este diferit de Asigurat. Pentru Asigurații copii, răspunsurile sunt date de Asiguratul adult. În situația în care Asiguratul și/sau Contractantul are/ au un dubiu cu privire la relevanța unei anumite informații/ împrejurări, acesta/aceștia se obligă să o comunice Asigurătorului care va aprecia relevanța ei.

3.1.7. Asigurătorul are dreptul să respingă Cererea de asigurare sau să transmită Contractantului/Asiguratului propunerea încheierii Contractului de asigurare în alte condiții, dacă Asiguratul/ unul dintre Asigurați nu îndeplinește criteriile de evaluare. Dacă Cererea de asigurare a fost respinsă sau Contractantul/Asiguratul nu a fost de acord cu condițiile propuse de către Asigurător, Prima de asigurare se returnează fără a fi purtătoare de dobândă, în maxim 10 zile lucrătoare de la data recepționării de către Asigurător a informațiilor privind contul bancar al Contractantului, după reținerea cheltuielilor descrise la punctul 3.1.2 (dacă este cazul).

3.1.8. Semnăturile Contractantului Persoană fizică, reprezentantului legal al Contractantului Persoană juridică și Asiguratului de pe Cererea de asigurare, sunt considerate specimen și vor fi folosite pe orice document ce se transmite Asigurătorului. Dacă pe parcursul

derulării Contractului, au loc schimbări ale acestor specimene de semnătură, Asigurătorul va fi informat, în scris, despre schimbare, prin trimiterea atât a vechiului, cât și a noului specimen. Ultimul specimen de semnătură luat la cunoștință de Asigurător își va produce efectele Contractuale.

3.2. Polița de asigurare este dovada încheierii Contractului de asigurare. Polița conține datele Asigurătorului, ale Contractantului și ale Asiguratului, precum și detalii tehnice despre Contractul de asigurare.

3.3. Contractul de asigurare de sănătate nu oferă beneficiu de maturitate, participare la profit sau valoare de răscumpărare.

3.4. Începutul Contractului de asigurare

Toate acoperirile din Contractul de asigurare devin active la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare prevăzută în Polița de asigurare (ora 00:00), cu condiția ca prima de asigurare datorată, să fie plătită integral la acel moment.

3.5. Prima de asigurare

3.5.1. Dovada plății primelor de asigurare revine Contractantului/Asiguratului. Primele se vor achita în lei, aceasta fiind moneda Contractului de asigurare.

3.5.2. Frecvența de plată poate fi: anuală, semestrială, trimestrială, lunară și este menționată în Polița de asigurare.

3.5.3. Prima de asigurare trebuie achitată în totalitate, conform frecvenței de plată aleasă de Contractant, fără nici o altă notificare din partea Asigurătorului.

3.5.4. Orice plată, în contul Primei de asigurare, mai mică decât valoarea stabilită prin Contractul de asigurare, nu va fi luată în considerare și va fi restituită în baza solicitării scrise a Contractantului.

3.5.5. Plata își produce efectele în legătură cu Contractul de asigurare începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare datei creditării contului Asigurătorului, cu contravaloarea integrală a primei/ a tuturor primelor de asigurare, datorate conform scadențelor.

3.5.6. Primele de asigurare aferente scadențelor ulterioare intrării în vigoare a Contractului de asigurare, dacă este cazul, vor fi achitate numai în conturile bancare menționate de Asigurător, indiferent de metoda folosită (debit direct, ordin de plată, plată în numerar la ghișeele sucursalelor Raiffeisen Bank), menționându-se obligatoriu numărul Poliței, numele Contractantului. Acoperirea prin asigurare depinde de plata Primei de asigurare.

3.5.7. Asigurătorul își rezervă dreptul de a actualiza Primele de asigurare, în funcție de evoluția prețului Serviciilor medicale, gradul de utilizare al Serviciilor medicale, eventuale schimbări legislative, eventualele schimbări în acoperirile Contractului de asigurare, experiența Asigurătorului pe acest produs de asigurare de sănătate. Aplicarea noilor Prime de asigurare se va face începând cu Reînnoirea Contractului de asigurare, cu o notificare prealabilă transmisă Contractantului.

3.5.8. Asiguratul/Contractantul beneficiază de o perioadă de grație de 10 zile calendaristice, începând cu prima zi în care Prima de asigurare este scadentă, în care Contractul de asigurare se consideră a fi în vigoare, chiar dacă nu a fost plătită Prima de asigurare.

3.6. Întârzierea plății primei de asigurare și Suspendarea Contractului de asigurare

3.6.1. În cazul în care Contractantul nu a achitat primele de asigurare până la Data scadentă sau în timpul perioadei de grație, la expirarea Perioadei de grație, Contractul de asigurare se suspendă.

3.6.2. Asigurătorul este exonerat de la plata Serviciilor medicale sau de plata oricărei Indemnizații de asigurare, ca urmare a accesării Serviciilor medicale în perioada de Suspendare.

3.6.3. Contractul de asigurare va fi suspendat pentru neplata primelor de asigurare pentru o perioadă de 90 zile calendaristice de la Data scadentă de plată, pentru prima Primă de asigurare neachitată.

3.6.4. Asigurarea poate fi repusă în vigoare, la cererea scrisă a Contractantului, numai după plata integrală a Primelor de asigurare restante. Repunerea în vigoare produce efecte numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei creditării contului Asigurătorului cu contravaloarea integrală a Primei/ a tuturor Primelor de asigurare restantă(e), dacă Asigurătorul acceptă Repunerea în vigoare a Contractului conform Art. 3.7. Oricare Boală diagnosticată sau oricare Accident produs Asiguratului în Perioada de suspendare nu este acoperit prin Contractul de asigurare.

3.6.5. În cazul în care, Contractantul nu a achitat primele de asigurare nici în timpul perioadei de Suspendare, la expirarea acestei perioade, Contractul de asigurare încetează de drept, fără nici o altă formalitate legală.

3.7. Repunerea în vigoare

3.7.1. Contractantul are dreptul să ceară repunerea în vigoare, atât timp cât declarațiile efectuate la data completării Cererii de asigurare sunt de actualitate și dacă se îndeplinesc următoarele condiții:

i. Solicitarea scrisă a repunerii în vigoare este primită de către Asigurător, în scris, în termen maxim de 90 de zile calendaristice de la prima Dată scadentă de plată pentru Prima de asigurare neachitată.

ii. Asiguratul este în continuare asigurabil din punct de vedere al Evaluării riscului asigurat;

iii. Contractantul a plătit integral toate primele de asigurare restante, atașând solicitării de repunere și dovada plății;

iv. Nu a expirat Perioada de asigurare de 1 an.

3.7.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a cere completarea unei noi Cereri de asigurare și/sau de a refuza Repunerea în vigoare.

3.7.3. La momentul completării Cererii de repunere în vigoare, Contractantul și Asiguratul au aceleași responsabilități ca la completarea Cererii de asigurare inițiale.

3.7.4. Contractul de asigurare se va considera a fi repus în vigoare, din momentul eliberării de către Asigurător a unei informări privind Repunerea în vigoare, parte integrantă a Contractului de asigurare.

3.8. Încetarea Contractului de asigurare

Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără nici o altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în următoarele situații:

3.8.1. În cazul în care, Contractantul/Asiguratul furnizează Asiguratorului declarații inexacte sau ascunde informații care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurator, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare sau oferirea Contractului de asigurare în alte condiții.

3.8.2. La ora 24:00 a zilei de expirare a Perioadei de asigurare, indicată în Polița de asigurare, dacă nu s-a operat prelungirea duratei contractuale.

3.8.3. Prin denunțare unilaterală de către oricare dintre părți, oricând pe perioada de derulare a prezentului Contract, cu o notificare scrisă de 20 de zile, calculată de la data primirii acesteia de către cealaltă parte.

3.8.4. La data următoarei scadențe de la data decesului, pentru contractele plătite la zi, în cazul decesului unicului Asigurat. Pentru contractele aflate în Perioada de grație sau în întârzierea plății primei de asigurare, încetarea se va produce cu efect retroactiv de la ora 24:00 a ultimei zile acoperite cu plată.

3.8.5. În cazul în care, datele de identificare personale ale Contractantului și/sau ale Asiguratului se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea faptelor de spălare a banilor sau de finanțare a actelor de terorism, precum și în cazul în care Contractantul/Asiguratul este identificat ca fiind obiect al sancțiunilor internaționale.

3.8.6. Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare, fără preaviz, în termen de 20 zile calendaristice de la data de început a Poliței de asigurare. Renunțarea produce efect retroactiv. În acest caz, Asiguratorul va returna Prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare, mai puțin cheltuielile controlului medical (dacă acesta a fost efectuat), a taxei de emiterie sau a Serviciilor medicale efectuate până la data renunțării. Prima de asigurare nu va fi purtătoare de dobândă.

3.8.7. Prin rezilierea de către Asigurator a Contractului de Asigurare, în cazul neplății Primelor de asigurare până la expirarea Perioadei de suspendare.

3.9. Reînnoirea Contractului de asigurare

3.9.1. Contractul de asigurare poate fi reînnoit înaintea expirării acestuia, în următoarele condiții:

- ✓ Să existe continuitate în asigurare.
- ✓ Să fie efectuată plata Primei de asigurare aferentă următoarei scadențe din următorul An de asigurare.
- ✓ Să nu fi intervenit încadrarea Asiguratului în grad de invaliditate de către medicul expert al asigurărilor sociale și/sau să nu fi fost încadrat în grad de handicap accentuat sau grav.
- ✓ Asiguratorul să fie de acord cu reînnoirea Contractului de asigurare.

3.9.2. Asiguratorul își rezervă dreptul de a reiniția procesul de subscriere a riscului, cu minim 30 de zile calendaristice înainte de Data de expirare a Contractului de asigurare, în cazul în care Asiguratul a avut cel puțin un Eveniment asigurat în cursul Perioadei de asigurare. Condițiile de reînnoire pot fi influențate de daunalitatea înregistrată în anul precedent, de fluctuația prețurilor serviciilor medicale sau de alte costuri pe care le are Asiguratorul.

3.9.3. Cu ocazia Reînnoirii, Asiguratorul poate decide fie menținerea, fie modificarea, fie încetarea Condițiilor Contractuale Specifice. În cazul în care, Contractantul alege Reînnoirea Contractului de asigurare, îndeplinind precizările Art. 3.9.1, nu se va aplica o nouă Perioadă de așteptare.

3.9.4. Propunerea de Reînnoire sau de modificare a Contractului de asigurare, inclusiv noua Primă de asigurare corespunzătoare noii vârste a Asiguratului, se va transmite Contractantului cu minim 30 de zile calendaristice, înainte de Data de expirare a Contractului de asigurare.

3.9.5. În situația în care, Asiguratorul și Contractantul acceptă Reînnoirea Contractului sau noua ofertă de asigurare, Contractantul trebuie să transmită acceptul său Asiguratorului cu minim 10 zile calendaristice înainte de expirarea Perioadei de asigurare. În cazul în care, Asiguratorul nu primește acordul sau dezacordul Contractantului cu privire la noua propunere, va considera că modificările propuse sunt acceptate de către Contractant, dacă se efectuează plata noii Prime de asigurare.

3.9.6. Noile Condiții Contractuale Specifice pentru asigurarea de sănătate își vor produce efectele de la Data de încetare a Condițiilor Contractuale Specifice precedente.

Asiguratorul va emite Polița de asigurare cuprinzând acoperirile contractuale după finalizarea procedurilor de Reînnoire.

3.9.7. La Reînnoirea Contractului, Contractantul are posibilitatea modificării frecvenței de plată a Primei de asigurare, conform variantelor propuse de către Asigurator.

3.10. Încetarea calității de Asigurat

3.10.1. Odată ce intervine Încetarea Contractului de asigurare sau decesul Asiguratului, acoperirea încetează.

3.10.2. Pentru Asiguratul care furnizează Asiguratorului declarații inexacte sau ascunde informații cu privire la împrejurările esențiale referitoare la Riscul asigurat, informații care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurator, nu ar fi determinat includerea Asiguratului în Contractul de Asigurare, nu ar fi încheiat Contractul de asigurare sau ar fi determinat oferirea Serviciilor medicale în alte condiții.

3.10.3. Dacă Asiguratul refuză furnizarea de informații privind datele de identificare personală sau se regăsește în Listele oficiale ale persoanelor fizice suspecte de săvârșirea faptelor de spălare a banilor sau de finanțare a actelor de terorism, precum și în cazul în care este identificat ca fiind obiect al sancțiunilor internaționale.

3.10.4. La Data scadentă de plată a Primei de asigurare ulterioară Datei recepționării de către Asigurator a solicitării de încetare a Asigurării pentru un Asigurat.

ART. 4. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI/ASIGURATULUI

4.1. Contractantul/Asiguratul are obligația de a informa Asiguratorul despre producerea unuia dintre următoarele evenimente:

- a. Modificarea stării de sănătate a Asiguratului, comparativ cu Declarația efectuată la Data semnării Cererii de asigurare.
- b. Modificarea ocupației Asiguratului, modificarea condițiilor de muncă sau schimbarea locului de muncă al Asiguratului.
- c. Efectuarea de către Asigurat a unui sejur mai lung de 30 zile calendaristice în străinătate.
- d. Relocarea temporară sau definitivă a domiciliului Asiguratului în străinătate.
- e. Practicarea unor sporturi/hobby-uri noi, comparativ cu Declarația efectuată la Data semnării Cererii de asigurare.
- f. Pierderea Interesului asigurat, așa cum este el definit la Art. 2.31.

În cazul în care, Contractantul/Asiguratul omite să informeze despre producerea unuia dintre evenimentele prevăzute la Art. 4.1, lit. a-e, Asigurătorul își rezervă dreptul de a se elibera de orice obligație care i-ar reveni de pe urma Contractului de asigurare în cazul în care acel eveniment, neadus la cunoștința Asigurătorului, a făcut ca Asiguratul să fi devenit neasigurabil sau Contractul de asigurare ar fi continuat în alte condiții.

4.2. În cazul apariției unei Boli/unui Accident, Asiguratul are obligația de a solicita și de a accepta imediat să fie supus unui tratament medical calificat, în vederea restabilirii stării sale de sănătate. Asiguratul se obligă să urmeze recomandările medicului/medicilor și să urmeze cu strictețe tratamentul recomandat, abținându-se de la obiceiuri sau activități care îi pot afecta sau influența negativ starea de sănătate.

4.3. Asiguratul (sau reprezentanții săi legali) va solicita medicilor săi curanți și va comunica Asigurătorului toate informațiile privind starea sa de sănătate și/sau istoricul său medical.

4.4. Obligațiile Contractantului/Asiguratului sunt valabile atât pentru persoanele adulte care vor fi asigurate, cât și pentru copiii lor având calitatea de Asigurat.

4.5. Asiguratul se obligă să susțină contravaloarea Serviciilor medicale care nu au o necesitate medicală și/sau nu sunt incluse în Lista de acoperiri sau depășesc limita Sumei asigurate sau limita numerică menționată în Polița de asigurare.

ART. 5. CARDUL DE ASIGURAT

5.1. Calitatea de Asigurat a unei persoane, care se prezintă pentru efectuarea Serviciilor medicale programate în Rețeaua de Parteneri Medicali, este dovedită prin Cardul de Asigurat, eliberat după intrarea în vigoare a Contractului de asigurare.

5.2. Asiguratul trebuie să prezinte înainte de efectuarea oricărui serviciu medical în Rețeaua de Parteneri Medicali, Cardul de Asigurat și un act de identitate. Cardul de asigurat nu este cu titlu transmisibil și este valabil numai împreună cu un act de identitate al Asiguratului.

5.3. Asiguratul este obligat să informeze Asigurătorul, în scris sau telefonic, cu privire la pierderea sau distrugerea cardului, în termen de 24 de ore de la constatarea acesteia. În astfel de situații, Asigurătorul va transmite Asiguratului un nou card. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita contravaloarea acestuia, Contractantului.

ART. 6. SERVICIUL CONTACT CENTER , ACCESUL ȘI ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE

6.1. După expirarea Perioadei de așteptare, conform mențiunilor din Condițiile Contractuale Specifice, accesarea Serviciilor medicale incluse în Contractul de Asigurare se va face exclusiv prin contactarea serviciului Contact Center. Programul serviciului Contact Center este disponibil pe pagina de internet www.uniqa.ro.

6.2. Pentru identificare, Asiguratul trebuie să comunice operatorului Contact Center datele sale (numele și prenumele/CNP-ul/localitatea), de fiecare dată când apelează serviciul Contact Center.

6.3. De la serviciul Contact Center se pot obține informații privind:

1. Serviciile medicale incluse în Contractul de asigurare;
2. Rețeaua de Parteneri medicali agreeți – adrese, program de lucru, specialități disponibile;
3. Programarea Serviciilor medicale solicitate în intervalul programului de lucru al Partenerilor medicali și disponibilitatea acestora;
4. Modul de accesare a Serviciilor medicale în Rețeaua de Parteneri medicali și în afara Rețelei de Parteneri;
5. Nivelul contribuției personale, dacă există;
6. Situația plății Primei de asigurare a Contractului de asigurare, inclusiv modalitățile de plată disponibile;
7. Asistență, Aprobarea și transmiterea formularelor de programare.

6.4. Asigurații pot solicita prin intermediul serviciului Contact Center, Consiliere medicală ce va fi asigurată de medici, apelul fiind direcționat către aceștia, în intervalul orar disponibil pe Website www.uniqa.ro.

6.5. Pentru programare la Consultații medicale, Asiguratul menționează problema de sănătate pe care o are/ pe care o are Asiguratul copil, astfel încât, dacă este cazul, să poată fi îndrumat și programat în consecință.

Pentru programare la Investigații/Spitalizări cu sau fără Intervenții chirurgicale/ Proceduri medicale și chirurgicale efectuate în ambulatoriu, Asiguratul are obligația de a solicita prin serviciul Contact Center, Aprobarea și programarea prealabilă a Evenimentului asigurat, înainte de data efectuării investigației/a internării în spital, a internării pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Solicitarea Aprobării se face prin transmiterea de către Partenerul medical sau de către Asigurat, a documentației medicale pe baza

căreia a fost diagnosticată/ suspionată afecțiunea sau/și a fost recomandată spitalizarea și eventuala intervenție chirurgicală.

6.5.1. Asigurătorul acoperă Serviciile medicale necesare din punct de vedere medical, pentru o afecțiune acută sau cronică a Asiguratului apărută/manifestată pentru prima dată pe Perioada de asigurare, afecțiuni pre-existente acceptate de către Asigurător ca urmare a evaluării riscului sau pentru oricare consecință a unui Accident petrecut în Perioada de asigurare.

În plus, pentru a se efectua programarea și decontarea Serviciilor medicale, cauza care determină Evenimentul asigurat trebuie să nu fie exclusă de la acoperire conform Art. 9. Excluderi generale și a Art. 5 din Condițiile Contractuale Specifice.

6.5.2. Serviciile medicale acoperite trebuie să fie precizate/ incluse în Lista de acoperiri din Condițiile Contractuale specifice corespunzătoare și pot fi decontate direct numai prin programare efectuată de serviciul Contact Center, în Rețeaua de Parteneri Medicali și numai dacă s-a transmis anterior prestării serviciului medical, Aprobare de la serviciul Contact Center prin Formularul de programare la Partenerul medical respectiv, având menționate Serviciile medicale Aprobate.

6.5.3. Serviciul medical Aprobat trebuie să fie necesar din punct de vedere medical, îndeplinind următoarele criterii:

a) să nu fie efectuat în scop preventiv, exceptând Pachetul de prevenție, dacă este inclus în Pachetul de asigurare ales;
b) să fie o procedură de diagnostic, indicată de starea de sănătate a Asiguratului, pentru afecțiunea sau vătămarea corporală în cauză;
c) în privința diagnosticului, asistenței medicale și/sau a tratamentului, Serviciul medical să nu fie mai costisitor (luând în considerare toate cheltuielile implicate) decât oricare alt serviciu medical alternativ indicat în afecțiunea, modificarea stării de sănătate sau leziunea în cauză;

d) să reprezinte un mijloc de asistență medicală care să aducă informații suplimentare sau să producă o evoluție pozitivă și să nu agraveze boala și/sau starea de sănătate a Asiguratului, mai mult decât orice alt mijloc alternativ de tratament sau asistență medicală. Aceste precizări sunt valabile și pentru decontarea Indemnizației de asigurare corespunzătoare Serviciilor medicale accesate în afara Rețelei de Parteneri Medicali.

6.5.4. Pentru determinarea necesității medicale, în circumstanțele medicale ale Asiguratului, Asigurătorul va lua în considerare:

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

Aceste precizări sunt valabile și pentru decontarea Indemnizației de asigurare, corespunzătoare Serviciilor medicale accesate în afara Rețelei de Parteneri Medicali.

6.6. Asigurătorul va aproba sau va refuza solicitarea pentru efectuarea unei programări/ Indemnizația de asigurare, în funcție de recomandările medicale primite de Asigurat la accesarea/accesările precedentă(e).

Partenerul medical la care s-a efectuat Serviciul medical va transmite recomandarea și rezultatul Consultului medical și/sau oricare alte documente medicale eliberate. În funcție de informațiile din documentele medicale, serviciul Contact Center, după analiza documentelor, va contacta Asiguratul, pentru a stabili conduita următoare. În funcție de informațiile primite, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita alte documente medicale și legale, ca de exemplu: Fotocopia fișei medicale, completă (inclusiv anexe, dacă este cazul) conformă cu originalul, purtând semnătura și parafa medicului de familie având paginile numerotate (1/n, 2/n, n/n unde „n” este numărul total de pagini pe care îl are fișa medicală) și/sau oricare alte documente medicale referitoare la patologia ce determină accesarea Serviciului medical; Fotocopia Foi de observație medicală aferentă Perioadei de spitalizare; Fotocopia raportului final al poliției și /sau rezultatul final al anchetei poliției și/sau rezoluția parchetului, precum și rezultatele examenelor toxicologice - în cazul serviciilor medicale accesate ca urmare a producerii unui Accident.

6.7. Programarea pentru Serviciile medicale necesare va fi făcută ținând cont de solicitarea Asiguratului în ceea ce privește Partenerul Medical preferat din Rețeaua de Parteneri Medicali, ziua și intervalul orar în care dorește accesarea Serviciului medical, dar și de disponibilitatea Serviciului medical la un Partener și de programul de lucru al Partenerului. Pentru oferirea unor programări optime, Asiguratul va menționa minim 3 variante de zile și intervale orare. Serviciul Contact Center comunică Medicul la care se va efectua programarea, în funcție de disponibilitatea Partenerului Medical, astfel încât programarea să se realizeze în cel mai scurt timp, respectiv în maxim 2 zile lucrătoare de la data solicitării și până la data accesării serviciului medical.

Dacă Asiguratul solicită programare la un alt Medic decât cel comunicat, programarea pentru Serviciile medicale solicitate va fi făcută ținând cont de disponibilitatea programului de lucru al Medicului solicitat.

Dacă Partenerul Medical solicitat nu are liber în intervalul de programări în data/în intervalul orar/la Medicul solicitat sau nu efectuează respectivul Serviciu medical, se va recomanda cu acordul Asiguratului un alt Partener Medical sau un alt Medic, astfel încât programarea să poată fi efectuată în maxim 2 zile lucrătoare.

6.8. Asiguratul va primi răspunsul (acceptul sau respingerea) privind programarea unui Serviciu medical, în maxim 1 zi lucrătoare de la data recepționării documentelor medicale complete și necesare aprobării, fie de la Partenerul medical, fie direct de către Asigurat, documente transmise la adresa daune-sanatate@uniga.ro. Răspunsul Asigurătorului va fi transmis prin intermediul serviciului Contact Center telefonic sau la adresa de corespondență (electronică a Asiguratului sau de domiciliu, dacă asiguratul nu are comunicat un număr de telefon sau o adresă de e-mail).

6.9. În situația în care, nu este posibilă prezentarea Asiguratului la data și la ora stabilită pentru a beneficia de Serviciile medicale în

Rețeaua de Parteneri, Asiguratul are obligația de a anunța serviciul Contact Center cu minim 4 (patru) ore înaintea orei programate, pentru a putea fi reprogramat în funcție de disponibilitatea viitoare a Partenerului medical. În caz de neanunțare sau anunțare întârziată, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului contravaloarea eventualelor sume datorate Partenerului Medical pentru Serviciile medicale programate și neanulate.

6.10. Asiguratul va avea în vedere următoarele precizări, în timpul și după accesarea Serviciilor medicale acoperite prin Contractul de asigurare:

6.10.1. Asiguratul va confirma, în scris, accesarea Serviciilor medicale programate de Asigurător, prin semnarea, după efectuarea Serviciilor medicale, a Formularului de programare completat integral de medicul examinator, formular pus la dispoziție de medic sau de personalul de la recepția Partenerului Medical, înainte de intrarea în cabinetul de consultație/înainte de prestarea Serviciilor medicale.

6.10.2. În situația în care, Asiguratul este informat de medic, în timpul efectuării consultației, asupra faptului că sunt necesare investigații suplimentare care nu au fost programate, dar care se pot efectua în timpul consultației sau imediat ulterior consultației, atunci:

- ✓ Asiguratul poate accepta efectuarea investigațiilor, având obligația de a achita integral contravaloarea acestora;
- ✓ Dacă investigațiile sunt acoperite de asigurare, Asiguratul va transmite solicitarea de decontare ulterioară către Asigurător, în conformitate cu Art 6.10.3, 6.11 și 6.12.

6.10.3. Pentru toate serviciile medicale efectuate, Asiguratul va primi documente medico-legale/Formularul de programare cu rubricile completate de către medicul examinator, datate, semnate și parafate de medic. Oricare dintre aceste documente trebuie să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, simptomatologia, istoricul medical al afecțiunii și data diagnosticării inițiale, rezultatul examenului obiectiv, diagnosticul complet, recomandările/investigațiile medicale necesare/ tratamentele indicate, precum și data efectuării Serviciului medical, parafa și semnătura Medicului.

Aceste informații sunt necesare și dacă Asiguratul accesează serviciile medicale în afara Rețelei de Parteneri Medicali.

6.11. Accesarea Serviciilor medicale cu decontare ulterioară de către Asigurător

6.11.1. Asiguratul poate accesa Serviciile medicale și:

- ✓ în afara Rețelei de Parteneri Medicali;
- ✓ pe Perioada de grație, cu condiția achitării Primei de asigurare în Perioada de grație;
- ✓ fără Aprobarea prealabilă a Asigurătorului, inclusiv în situația în care Serviciile medicale s-au efectuat în timpul/ împreună cu alte Servicii medicale autorizate sau imediat după aceea.

În aceste cazuri, Asiguratul va suporta integral costul Serviciilor medicale și va transmite solicitarea de decontare ulterioară către Asigurător.

Asigurătorul va rambursa Asiguratului, după instrumentarea dosarului de daună, contravaloarea Serviciilor medicale, în proporție de 80% din valoarea fiecărui serviciu medical efectuat sau conform mențiunilor din Contractul de asigurare. În instrumentarea dosarului de daună, Asigurătorul va avea în vedere prevederile de la Art 6.5.1. până la Art. 6.5.4. inclusiv, precum și celelalte prevederi din Condiții Contractuale Generale și Specifice de asigurare.

6.11.2. Dosarul de daună va conține următoarele documente:

1. Fotocopia Raportului medical sau scrisoarea medicală eliberat(ă) în urma consultului în cadrul căruia s-a primit recomandarea medicală, precum și recomandarea medicală propriu-zisă eliberată de medicul examinator;
2. Fotocopia Documentelor medicale emise, după caz, de Furnizorul de Servicii medicale și pentru care se solicită Indemnizația de asigurare (rezultate consultații, rezultate investigații, bilet de ieșire din spital, oricare alte documente medicale emise de medici);
3. Documentele de plată, în original, din care să reiasă în detaliu cheltuielile efectuate și care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data, Serviciile medicale prestate, valoarea fiecărui serviciu medical efectuat, (bonul fiscal/chitanța fiscală și factura fiscală - dacă e cazul - emise de Furnizorul de Servicii medicale unde a fost efectuat Serviciul medical);
4. Fotocopia dovezii plății Primei de asigurare care acoperă data accesării Serviciilor medicale, dacă plata s-a efectuat ulterior datei scadenței de plată;
5. Fotocopia actului de identitate al Asiguratului (certificatului de naștere pentru Asigurații minori, pașaport și carnet de ședere cu viză de reședință în România, pentru cetățenii străini) - dacă actul de identitate a expirat sau dacă acesta a fost schimbat de la ultima transmitere a lui, la Asigurător);

6. Detaliile bancare personale ale Asiguratului sau ale adultului care face demersul în numele Asiguratului minor (banca și sucursala, contul IBAN), în care dorește să fie efectuată plata Indemnizației de asigurare.

7. În funcție de informațiile primite, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita alte documente medicale și legale, ca de exemplu: Fotocopia Foi de observație, Fotocopia Fișei medicale, completă (inclusiv anexe, dacă este cazul), conformă cu originalul, purtând semnătura și parafa medicului de familie, având paginile numerotate (1/n, 2/n, n/n, unde „n” este numărul total de pagini pe care îl are fișa medicală) și/sau oricare alte documente medicale referitoare la patologia ce a determinat accesarea Serviciului medical; Fotocopia Raportului final al poliției și /sau Rezultatul final al anchetei Poliției; Rezoluția Parchetului; rezultatele examenelor toxicologice - în cazul serviciilor medicale accesate ca urmare a producerii unui Accident.

6.11.3. Asiguratul trebuie să prezinte Asigurătorului o notificare scrisă în termen maxim de 30 zile calendaristice de la data producerii Evenimentului asigurat accesat în afara Rețelei de Parteneri Medicali/ accesat pe Perioada de grație/ accesat fără Aprobarea prealabilă a Asigurătorului, la care atașează documentele necesare evaluării conform mențiunilor din Condițiile Contractuale Generale și/sau Specifice. Nerespectarea acestui termen poate îndreptăți Asigurătorul să refuze plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate împrejurările producerii Evenimentului asigurat. Dosarul de daună trebuie transmis de către

Asigurat la UNIQA Asigurări de viață S.A., în format electronic, la adresa daune-sanatate@uniqa.ro sau în format fizic, la adresa Str. Nicolae Caramfil, nr. 25, sector 1, București, Cod poștal: 014141, în atenția Departamentului Daune-Viață.

6.12. Accesarea Serviciilor medicale cu Coplată

În cazul în care unele Servicii medicale implică Coplată, Asiguratul va achita Coplata la accesarea Serviciului medical, direct la Partenerul Medical din Rețeaua de Parteneri Medicali agreeți.

La accesarea serviciilor medicale în afara Rețelei de Parteneri Medicali/ accesat pe Perioada de grație/ accesat fără Aprobarea prealabilă a Asigurătorului, Coplata va fi dedusă din Indemnizația de asigurare pe care Asigurătorul trebuie să o deconteze Asiguratului.

6.13. Accesarea Serviciilor medicale cu decontare directă între Furnizorul de Servicii medicale și Casa de Asigurări de sănătate

În vederea conservării Sumei asigurate, Asiguratul poate opta pentru acordarea Serviciilor medicale prin Decontare directă între Furnizorul de Servicii medicale și Casa de Asigurări de Sănătate (CAS). Furnizorii care au Contract cu CAS și au plafon lunar disponibil pot acorda serviciile contractate, dacă Asiguratul se prezintă cu:

1. Buletin de identitate/Carte de identitate/Act de identitate.
2. Trimitere/recomandare pentru examen de specialitate/de internare de la un medic specialist sau medic de familie aflat în relație contractuală cu CAS.
3. Dovada calității de asigurat la stat (adeverință de la locul de muncă, adeverință de elev sau student sau adeverință de asigurat în sistemul public de asigurări de sănătate).

Dacă accesarea se face în acest fel, atunci Asigurătorul nu mai trebuie să transmită Aprobarea și Formularul de programare Partenerului medical. Dacă Asiguratorul a transmis Formularul de programare, Asiguratul are obligația de a informa Asigurătorul despre modul de accesare, astfel încât Asiguratorul să nu susțină plata respectivelor costuri.

ART. 7. SUMELE ASIGURATE, LIMITELE DE INDEMNIZAȚIE, MODALITATEA ȘI TERMENELE DE PLATĂ ALE INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

7.1 Sumele asigurate sunt menționate în Polița de asigurare. După fiecare Serviciu medical accesat, Suma asigurată se micșorează cu începere de la data programării fiecărui Eveniment asigurat, pentru restul Perioadei de asigurare, cu despăgubirea cuvenită, Contractul continuând cu suma rămasă, fără ca aceasta să afecteze Prima de asigurare stabilită.

7.2 Indemnizația de asigurare se achită în termen de maxim 30 de zile calendaristice de la data primirii, în Sediul Central al Asigurătorului, a ultimului document necesar finalizării Dosarului de daună. Dacă vor fi necesare documente suplimentare în afara celor trimise de Asigurat, Asiguratorul va trimite acestuia, la adresa de e-mail comunicată de Asigurat sau prin poștă, o Adresă prin care solicită documentele necesare instrumentării Dosarului de daună. Atunci când există neînțelegere asupra cuantumului Indemnizației de asigurare, partea necontestată din aceasta se va plăti de Asigurator, anterior soluționării de către părți a neînțelegerii.

7.3 Dacă nu se pot stabili cauzele și circumstanțele în care s-a produs Evenimentul asigurat, respectiv dreptul Asiguratului de a încasa Indemnizația de asigurare, Asiguratorul are dreptul să amâne efectuarea plății Indemnizației de asigurare, până la obținerea clarificărilor și documentelor necesare, pe care i le va solicita Asiguratului.

7.4 Plata Indemnizației de asigurare va fi făcută Asiguratului. Indemnizațiile ce trebuie achitate Asiguraților copii vor fi efectuate în contul bancar transmis de Asiguratul adult/părintele care are și calitatea de Contractant și/sau care a efectuat demersurile în numele copilului.

7.5 Toate plățile către Asigurat se vor face în moneda Contractului, prin transfer în contul bancar. Costurile privind transferul bancar vor fi suportate de Asigurat.

7.6 Pentru orice Serviciu medical acoperit prin Contractul de asigurare Aprobat de Asigurator, de care a beneficiat Asiguratul în Rețeaua de Parteneri Medicali, Asiguratorul va plăti direct contravaloarea Serviciilor medicale furnizate Asiguratului, conform condițiilor stipulate în contractele existente dintre Asigurator și Partenerii Medicali.

7.7 Drepturile prin Asigurare au caracter personal și nu se reportează.

ART. 8. DECLARAȚII FALSE

8.1. Atât Asiguratul, cât și Contractantul sunt obligați să informeze Asiguratorul, în scris, despre toate condițiile și împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului pentru Asigurările de sănătate. Această obligație constă în furnizarea, în mod corect și complet, înainte de încheierea Contractului și pe timpul derulării acestuia a tuturor informațiilor ce prezintă relevanță sau împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt în mod obiectiv necesare pentru evaluarea riscului, prin declararea adevărului, precum și prin răspunsuri complete la toate întrebările menționate în Cererea de asigurare, chestionare sau alte documente adresate de către Asigurator în timpul încheierii și derulării Contractului. Pentru Asiguratul copil detaliile vor fi furnizate de părintele Asigurat/Contractant.

8.2. Asiguratorul își rezervă dreptul de a declara nul Contractul de asigurare în cazul unei declarații inexacte sau în care Asiguratul sau Contractantul Asigurării, cu rea-credință, nu îi oferă sau ascunde Asiguratorului informații cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost

cunoscute de către acesta, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau omisiunea de a oferi informații nu a avut influență asupra Evenimentului asigurat. În această situație, Asigurătorul are dreptul de a păstra Primele încasate de la Contractant pentru acel Asigurat și, de asemenea, de a solicita returnarea sumelor plătite ca despăgubire și/sau Indemnizație de asigurare, până la momentul la care a luat cunoștință de clauza de nulitate.

8.3. În situația în care, reaua-credință a Contractantului/Asiguratului nu poate fi stabilită, în cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței de a oferi informații are loc anterior Evenimentului asigurat, Asigurătorul are dreptul, fie de a menține Contractul solicitând majorarea Primei de asigurare, fie de a rezilia Contractul la împlinirea unui termen de 10 zile calendaristice, calculat de la data primirii notificării de încetare a Contractului de către Asigurat, restituindu-i Contractantului partea din Primele plătite, aferentă perioadei în care Contractul de asigurare nu a mai oferit acoperire dacă anterior nu s-au achitat Indemnizații de asigurare sau sume plătite ca despăgubire pentru acel Asigurat, indiferent de Riscul asigurat produs sau Serviciul medical accesat. Atunci când constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc ulterior producerii Evenimentului asigurat, Indemnizația de asigurare se reduce în raport cu diferența dintre nivelul Primelor încasate și nivelul Primelor ce ar fi trebuit încasate.

8.4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a recupera de la Asigurat orice sume plătite cu titlu de Indemnizații de asigurare sau Servicii medicale acoperite în baza unor premise ori informații eronate.

8.5. Dacă în legătură cu interesul asigurat au fost date declarații inexacte sau au fost făcute omisiuni cu rea-credință de către Contractant sau Asigurat, din care rezultă că interesul asigurat nu a existat la Data încheierii/Data reînnoirii Contractului de asigurare/s-a modificat pe parcursul derulării Contractului de asigurare și nu a fost notificat Asigurătorului în vederea reevaluării, Contractul de asigurare devine nul de drept. Asigurătorul va reține ratele de Primă de asigurare deja încasate și își rezervă dreptul de a solicita contravaloarea Serviciilor medicale achitate de la data pierderii Interesului asigurat și până la data la care Asigurătorul a aflat situația de fapt.

ART. 9. EXCLUDERI GENERALE

9.1 Asigurătorul este degrevat de acoperirea de Servicii medicale, spitalizări, intervenții chirurgicale sau oricare tratamente și/sau acoperiri incluse în Asigurare și/sau de plata Indemnizației de asigurare, în cazul în care sunt cauzate de, rezultate din, agravate de, în legătură cu, întâmplare prin, derivate din sau aflate în conexiune, directă sau indirectă, parțială sau în totalitate cu:

- i. recomandări primite de către Asigurat de la medicul său pediatru sau de la medicul său de familie, alții decât cei incluși în Rețeaua de Parteneri Medicali și/sau recomandări primite de la alți Furnizori de Servicii medicale aflați în afara limitelor teritorialității și/sau efectuate de persoane ce nu sunt cadre medicale autorizate;
- ii. efectuate în timpul Perioadei de așteptare, dacă nu se specifică altfel în Contractul de asigurare;
- iii. efectuate fără prescripție/prescriere medicală sau fără a avea necesitate medicală (care nu sunt necesare din punct de vedere medical, fiind efectuate în scop preventiv pentru prevenirea îmbolnăvirii/Servicii medicale profilactice (excepție fiind serviciile profilactice incluse în Condițiile Specifice de asigurare);
- iv. afecțiuni preexistente sau un Accident produs anterior Datei de intrare în vigoare a Contractului de asigurare nedeclarate și/sau neacceptate de către Asigurător;
- v. a doua opinie medicală primită pentru aceeași Boală sau pentru consecințele aceluiași Accident de la alt medic de aceeași specialitate;
- vi. afecțiuni genetice, precum și studiile de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic; malformații congenitale și/sau consecințele acestora;
- vii. accidente de muncă, reglementate de legi speciale;
- viii. Servicii medicale în caz de urgență medicală cod roșu, acoperite prin sistemul unic de urgență la numărul de telefon 112;
- ix. dezintoxicare ca urmare a consumului de droguri sau alte narcotice, tutun și/sau alcool; otrăvirea, acțiuni de auto-vătămare, automutilare, tentativă de suicid și consecințele acestora, orice cură de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, geriatrie, case de convalescență sau în alte instituții similare;
- x. afecțiuni/tulburări neuro-psihiice sau schimbări în comportamentul psihologic, indiferent de cauză;
- xi. afecțiuni/boli cu transmitere sexuală, HIV și/sau stadiu final SIDA, TBC, precum și complicațiile acestora;
- xii. afecțiuni/boli imunologice, precum și complicațiile acestora;
- xiii. consumul de alcool, droguri, substanțe toxice, etnobotanice sau narcotice, administrarea medicamentelor fără prescripție medicală (automedicația);
- xiv. evenimente care decurg din, sau în legătură cu explozii atomice, radiații sau infestări radioactive, contaminare chimică, fuziune, fisiune nucleară sau radioactivitate, război sau operațiuni similare, invazie a altor state, terorism, revoltă militară, insurecție, revoluție, lovitură de stat sau instaurarea unei dictaturi militare, declararea legii marțiale sau a stării de asediu, epidemii, pandemii recunoscute de către autoritățile competente;
- xv. Proceduri medicale experimentale sau proceduri care se folosesc în cercetarea medicală, costuri/cheltuieli în legătură cu orice Servicii medicale/ paramedicale nerecunoscute/neomologate de către instituțiile abilitate, precum și consecințele acestora;
- xvi. Servicii medicale, spitalizări/intervenții chirurgicale efectuate în scop estetic sau de chirurgie plastică, reparatorie (cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale rezultate ca urmare a producerii unui Accident), orice alt tratament efectuat în scop cosmetic sau estetic, tratamente pentru pierderea/căderea părului/ implant de păr, tratamentele de scădere a greutateii, tratamentele dermatologice efectuate în scop estetic;
- xvii. Participarea Asiguratului la sporturi/hobby-uri practicate în condiții de nesiguranță care pun în pericol integritatea corporală; acțiuni/activități care implică riscuri sau la care Asiguratul a participat, deși acesta nu dispunea de cunoștințele, mijloacele sau pregătirea necesară îndeplinirii lor.

9.2 Asigurătorul nu acoperă Evenimentul asigurat în afara Rețelei de Parteneri Medicali în situația în care Contractul de asigurare nu este achitat la zi la data producerii Evenimentului asigurat și prima de asigurare scadentă nu este achitată nici în perioada de grație.

9.3 Asigurătorul nu acoperă niciun Serviciu medical în Perioada de suspendare.

9.4 Asigurătorul nu va acoperi niciun Serviciu medical ce nu este specificat în mod clar ca Serviciu medical acoperit în Lista de acoperiri sau este peste limitele menționate în Condițiile Contractuale Generale și/ sau Specifice de asigurare și/sau prestat în afara granițelor României.

9.5 Asigurătorul nu va acoperi niciun Serviciu medical prevăzut în pachetele de servicii medicale recomandate pe baza formularelor tipizate emise de medici/unitati sanitare în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate (CAS), decontate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, acoperite prin Asigurările sociale de sănătate.

ART. 10. PREVEDERI FINALE

10.1. Schimbarea adresei și a datelor de contact

10.1.1. Este necesar ca Asigurătorul să fie informat, dacă adresa de corespondență a Contractantului/Asiguratului s-a modificat, pentru a putea transmite informații referitoare la derularea Contractului de asigurare. Dacă se omite acest lucru, Asigurătorul transmite corespondența la ultima adresă cunoscută, fără să fie răspunzător de consecințele acestei acțiuni.

10.1.2. Adresa oficială de corespondență a Asigurătorului este cea a sediului social.

10.1.3. Societatea de asigurare a utilizat pentru calculul primelor și beneficiilor aferente prezentului produs principiile actuariale general acceptate, folosind ca incidente statistice locale sau internaționale. Informații detaliate cu privire la detaliile produsului se regăsesc pe adresa de Website-ul Societății www.uniqa.ro.

10.2. Asigurătorul nu este răspunzător pentru Serviciile medicale acoperite de Contractul de asigurare, dacă se constată că nu au fost efectuate conform standardelor medicale. Asigurătorul nu poartă răspunderea niciunei pagube/ incident/ suferință cauzată Asiguratului în Rețeaua de Parteneri Medicali, indiferent de cauză și consecință. Responsabilitatea actului medical revine în exclusivitate medicului care a efectuat Serviciul medical, culpa acestuia fiind stabilită conform prevederilor legale.

10.3. Asigurătorul are dreptul de a modifica Condițiile Contractuale Generale și/sau Specifice și Contractul de asigurare, în situația în care, pe parcursul derulării acestuia, intervin modificări legislative care impun adaptarea acestuia conform noilor dispoziții legale.

10.4. Fondul de garantare

În cazul deschiderii procedurii de faliment împotriva unui Asigurător, efectuarea plăților de indemnizații/despăgubiri rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii către Asigurați este garantată prin Fondul de garantare, constituit în condițiile legii prin contribuția Asigurătorilor, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor și are drept scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui asigurător. Fondul de garantare este constituit, administrat și utilizat de către fondul de garantare a asiguraților, persoana juridică de drept public, ce asigură efectuarea plății indemnizațiilor/despăgubirilor din disponibilitățile sale, către creditorii de asigurări, potrivit plafonului de garantare, stabilite de legea nr.213/2015.

10.5. Taxe și comisioane

- a. Taxele sau comisioanele bancare aferente plății Primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de către Contractant.
- b. Taxele sau comisioanele bancare care privesc plata Indemnizației de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de Asigurat.

10.6. Soluționarea litigiilor

a. Părțile vor încerca să rezolve toate conflictele care pot apărea, pe cale amiabilă. Contractantul asigurării și Asiguratul vor comunica Asigurătorului, în scris, toate nemulțumirile, conflictele și neînțelegerile cu privire la derularea Contractului de asigurare, iar Asigurătorul va răspunde, în scris, acestora sau se vor organiza întâlniri pentru soluționarea cererilor/lămurirea neînțelegerilor.

b. În conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016, privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, părțile au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor. SAL-FIN este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniile în care Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) are competență, care organizează și administrează proceduri SAL prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Pentru mai multe informații sau pentru a accesa platforma SAL-FIN, puteți vizita pagina de internet a Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în Domeniul Financiar Nonbancar la adresa www.salfin.ro.

10.7. Legislația aplicabilă

Contractul de asigurare este supus legislației române în vigoare, inclusiv a actelor normative privind asigurările și reasigurările (Codul Civil al României cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare cu modificările și completările ulterioare coroborat cu Ordinul 23/2009 cu modificările și completările ulterioare, Legea 213/2015 privind Fondul de Garantare și normele emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară și reglementare în domeniul asigurărilor în aplicarea acestor legi, Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările

ulterioare precum și Normele emise de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, respectiv de Autoritatea de Supraveghere Financiară).
Deduceri fiscale: În conformitate cu prevederile Legii 227/2015 (Codul fiscal), cu modificările și completările ulterioare aprobate prin Normele Metodologice prevăzute în HG 1/2016, Sumele încasate de persoanele asigurate, de beneficiarii desemnați prin Contractul de asigurare sau de terțele persoane păgubite, reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi de această natură, nu sunt venituri impozabile. Pentru anumite tipuri de asigurări, primele de asigurare pot fi cheltuieli deductibile, în condițiile prevăzute de legislația fiscală. Nu constituie venituri impozabile sumele încasate din asigurări de orice fel, reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi cu excepția câștigurilor primite de la societățile de asigurări ca urmare a contractului de asigurare încheiat între părți, cu ocazia tragerilor de amortizare. Prevederile mai sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a modificării, abrogării unor reglementări, chiar de nivel inferior care să le circumstanțieze aplicabilitatea.

10.8. Protecția datelor cu caracter personal

10.8.1. Asigurătorul este înregistrat în registrul ANSPDCP sub nr. 16.900 și respectă toate prevederile Legii 677/2001 pentru protecția persoanelor, cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

10.8.2. Prin semnarea contractului de asigurare, Asiguratul/Contractantul își exprimă expres acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal (inclusiv Codul numeric Personal și semnătura) de către Asigurător, din momentul în care acesta are acces la ele, în urma încheierii contractului de asigurare, precum și după încetarea acestuia, în vederea administrării contractului de asigurare, verificării cererii de despăgubire în cazul producerii evenimentului asigurat, activității de reasigurare și analiză a portofoliului de clienți (această enumerare fiind exemplificativă și nu limitativă), precum și acordul expres ca Asigurătorul să obțină, să prelucreze, să stocheze și să arhiveze datele și informațiile obținute, precum și să transmită, în condițiile și cu respectarea legii, către terțe persoane (rezidente și nerezidente, în acest ultim caz, chiar dacă legislația statului destinatar nu oferă un nivel de protecție echivalent cu cel prevăzut de legea română), atât datele și informațiile obținute pe parcursul derulării contractului de asigurare, cât și datele cu caracter personal ale Asiguratului/Contractantului, în vederea prelucrării acestora.

10.8.3. Prin semnarea contractului de asigurare, Asiguratul/Contractantul declară și garantează în mod expres că i-au fost aduse la cunoștință că își pot exercita dreptul de acces la date, dreptul de intervenție asupra datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, precum și dreptul de adresare către justiție. Pentru exercitarea dreptului de acces la date, a dreptului de intervenție asupra datelor și a dreptului de opoziție, Asiguratul/Contractantul se poate adresa Asigurătorului cu o cerere scrisă, datată și semnată, în care se vor menționa informațiile prevăzute de lege, cerere la care se va atașa o copie lizibilă de pe actul de identitate al solicitantului.

10.8.4. Asiguratul/Contractantul, prin semnarea contractului de asigurare, declară că înțeleg pe deplin că scopul principal al prelucrării datelor este încheierea și administrarea contractului de asigurare și că refuzul de a le furniza determină imposibilitatea de a încheia contractul de asigurare.

10.8.5. Asiguratul/Contractantul, prin semnarea contractului de asigurare, conform Ordinului nr. 24/2008 modificat și completat prin Ordinul CSA 5/2011, pentru punerea în aplicare a Normelor privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor, declară că va respecta prevederile antementionatului ordin nr. 24/2008, modificat și completat prin Ordinul CSA 5/2011, că va declara beneficiarul real al contractului de asigurare la momentul semnării contractului de asigurare și că va înștiința Asigurătorul în cazul în care deține o funcție publică, indicând totodată și funcția deținută.

10.8.6. Asiguratul/Contractantul se obligă să comunice Asiguratorului de îndată, orice modificare a declarațiilor date și însoțite la momentul semnării contractului de asigurare. În caz contrar, Asiguratorul își rezervă dreptul de a refuza efectuarea tranzacțiilor solicitate și/sau de a înceta relațiile cu Asiguratul/Contractantul în cazul unor declarații false sau dacă are suspiciuni cu privire la realitatea celor declarate.

10.9 Alte Prevederi

10.9.1. Toate solicitările Contractantului/Asiguratului trebuie exprimate în scris și sunt valide din momentul în care sunt înregistrate de către Asigurător. Formularele tipizate trebuie completate în totalitate și semnate.

10.9.2. Efectuarea notificărilor reciproce între Asigurător și Contractant/Asigurat se probează cu confirmare de primire poștală sau alt mijloc de transmitere care atestă primirea mesajului.

10.9.3. Contractantul/Asiguratul se poate adresa direct Sediului Central al Asigurătorului pentru transmiterea oricăror sesizări sau pentru solicitarea de informații. În solicitare trebuie menționate, pe lângă motivul sesizării/solicitării de informații necesare, următoarele elemente: nume și prenume, CNP/CUI, adresă, precum și numărul Poliței de asigurare.

10.9.4. Contractantul/Asiguratul nemulțumit de soluționarea cererilor privind Contractul de asigurare, se poate adresa Autorității de Supraveghere Financiară, autoritatea administrativă responsabilă de punerea în aplicare a legislației în domeniul asigurărilor, precum și de supravegherea și controlul respectării dispozițiilor legale, în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare.

10.9.5. Asiguratul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de Asigurat/Contractant, pentru a determina cuantumul obligației de plată al Indemnizației de asigurare. Asiguratul, fără a fi exonerat de obligația depunerii documentelor, mandatează Contractantul/Asiguratul să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități care se impun a fi îndeplinite și pentru obținerea oricăror documente care se impun a fi procurate, astfel încât Asiguratorul să poată stabili circumstanțele de producere a Riscului/ Evenimentului asigurat și cuantumul Indemnizației de plată, după caz.

10.9.6. Cheltuielile pentru emiterea/obținerea documentelor necesare vor fi suportate de către Asigurat. În cazul în care unul sau mai multe documente, sunt emise într-o limbă străină, acestea trebuie să fie prezentate Asiguratorului în traducere legalizată, în limba română.

10.9.7. Toate sumele datorate de Asigurător nu sunt purtătoare de dobândă.