

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.
2. Asigurarea de sănătate are rolul de a facilita Asiguratului accesul la servicii medicale stomatologice, atunci când există un Risc asigurat prin Contractul de asigurare. Prin Contractul de asigurare de sănătate, Asigurătorul se obligă să permită Asiguratului accesul la serviciile medicale stomatologice, în condițiile și limitele definite prin contractul de asigurare, în baza respectării Condițiilor de asigurare, dacă prima de asigurare a 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:

1. Pachetul PersonalDent;
2. Pachetul CompleteDent;
3. Pachetul DeluxeDent;

4. Structura asigurării de sănătate

Pentru a forma Asigurarea de sănătate BusinessDent, Contractantul poate opta pentru oricare dintre cele 3 pachete de servicii stomatologice. Pachetele de servicii medicale stomatologice incluse în Asigurarea de sănătate BusinessDent pot fi contractate de sine stătător sau atașate celorlalte pachete specifice de servicii medicale oferite prin asigurarea de sănătate BusinessMed.

Art 1. CONDIȚII DE ELIGIBILITATE

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

Contractantul asigurării poate fi o Persoană juridică ce 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 angajatul/colaboratorul Contractantului sau poate fi membrul unei asociații/sindicat sau alte entități juridice similare, care își îndeplinește activitățile/obligățiile uzuale asumate în relația cu Contractantul sau poate fi soțul/soția, mama/tatăl și/sau copiii Asiguratului (biologici, vitregi sau legal adoptați).

Dacă un Angajat se află în concediu medical sau în concediu postnatal, atunci el va fi inclus în Grupul asigurat la următoarea scadență de plată a Primei de asigurare după întoarcerea la locul de muncă/locul îndeplinirii activităților asumate. Incluziunea în asigurare poate fi efectuată în alte condiții, conform acordului scris dintre Contractant și Asigurător.

Toți Asigurații incluși de Contractant ca făcând parte din același Subgrup al Contractului de asigurare trebuie să aibă aceleași acoperiri contractuale.

Asigurații copii nu pot fi incluși în Contractul de asigurare, dacă unul dintre părinți sau o rudă de gradul II, nu are calitatea de Asigurat. Această prevedere este aplicabilă și în cazul soțului/soției/părinților Asiguratului. Obligățiile contractuale ale Asiguraților copii vor fi îndeplinite 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 acolo unde este necesar.

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 2 ani, vârsta maximă la expirarea acoperirii fiind de 21 ani.

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

Prin includerea sa pe Lista de Asigurați și semnarea respectivei Liste, Asiguratul își exprimă consimțământul cu privire la introducerea sa în Asigurare, respectiv cu privire la producerea efectelor Contractului de asigurare de Grup în ceea ce privește starea de sănătate, după caz, consimțind la declarațiile Contractantului privind condițiile de încheiere ale Contractului de asigurare de Grup. Pentru Membrul acoperit al familiei va semna Angajatul Contractantului.

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 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 într-un document medico-legal.

2.2. Act adițional: Document, parte integrantă din Contractul de asigurare, care se emite ulterior Datei de început a Contractului de asigurare de Grup și care reglementează o modificare a Contractului. Prin semnarea acestuia, Contractantul și Asigurătorul consimt că sunt de acord cu modificarea respectivă.

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

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

2.5. Asigurat: Persoană 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 ales de către Contractantul asigurării.

2.6. 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: sanatate@uniqa.ro; Website www.uniqa.ro.

2.7. Asigurări de Grup: Contracte de asigurare în care Contractantul este o persoană juridică, iar numărul Asiguraților este de minim 10. Pentru Grupuri mai mici de 10 Asigurați, prin excepție, se vor încheia contracte numai cu acceptul Asigurătorului.

2.8. 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 producerii unui risc asigurat în Perioada de valabilitate a poliței.

2.9. 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, conform criteriilor clinice sau împreună cu investigații paraclinice specifice.

2.10. Card de Asigurat: Document individual care va fi prezentat înainte de efectuarea oricărui Serviciu medical stomatologic în cadrul Rețelei de Parteneri Medicali. Conține informații cu privire la identificarea Asiguratului, numărul Contractului de asigurare, perioada de valabilitate a poliței și numărul de telefon al serviciului Contact Center.

2.11. Cerere de asigurare: Formular pus la dispoziție de Asigurător, completat cu informații despre Contractant, Asigurat/Asigurați, pe baza căruia Asigurătorul încheie Contractul de asigurare în funcție de pachetul ales

2.12. Cerere - Chestionar de asigurare de Grup: Formular pus la dispoziție de Asigurător, completat cu informații despre Asigurat, pe baza căruia Asigurătorul încheie Contractul de asigurare, în funcție de pachetul ales, în situațiile în care Asiguratorul solicită completarea unui astfel de formular, prin intermediul Ofertei 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 stomatologice și a recomandărilor de tratament.

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

2.15. Contact Center: Serviciul de asistență 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, programare și aprobare Serviciilor medicale stomatologice.

2.16. Contract de asigurare: Expresia hotărârii liber consimțite a părților, prin care Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare în schimbul preluării de către Asigurător a riscului asigurat pentru persoanele asigurate.

2.17. Costul Serviciilor medicale: Contravaloarea serviciilor medicale, care se plătește Partenerului Medical/ 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 Furnizorii de Servicii medicale private din afara Rețelei, funcție de acoperirile Contractuale.

2.18. Data de început a Contractului de asigurare de Grup: Data de început prevăzută în Polița de asigurare; dată la care Asigurătorul preia Riscul asigurat.

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

2.20. Denunțarea / Rezilierea Contractului de asigurare de Grup: 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 Furnizorii de Servicii medicale stomatologice private din afara Rețelei pentru acoperirea/decontarea costurilor Serviciilor medicale radiologice 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 stomatologice

2.23. Eveniment asigurat: Serviciul medical stomatologic 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.

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

2.25. Formular de trimitere (recomandare medicală): Formular emis de un Medic specialist sau primar stomatolog, 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.

2.26. Formular de Programare și Consult: Document eliberat de Asigurător ce confirmă programarea Asiguratului în Rețeaua de

Parteneri Medicali pentru Serviciile medicale stomatologice acoperite și limitele acestora.

2.27. **Furnizor de Servicii medicale** stomatologice: Unitate sanitară privată autorizată de Ministerul Sănătății din România care furnizează serviciile medicale stomatologice și care emite documente justificative, valabile medico-legal.

2.28. **Grup asigurat sau Grup**: Persoane desemnate de Contractantul asigurării în Lista de asigurați, să beneficieze de protecția de asigurare a Contractului de asigurare de Grup.

2.29. **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.

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

2.31. **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.

2.32. **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.

2.33. **Membriu acoperit al familiei**: soțul/soția/părinții Asiguratului și orice copil al lor cu vârsta cuprinsă între 2 și 21 ani, dacă locuiesc împreună și cu condiția ca numele său să apară pe Lista de Asigurați ca membru al Grupului asigurat.

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 colaborează pentru prestări Servicii medicale stomatologice, incluse în pachetele de asigurare.

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 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, Asigurătorul nu acoperă Evenimentul asigurat.

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

2.39. **Prevederile Contractuale**: Totalitatea mențiunilor din Condițiile Contractuale Generale și Specifice.

2.40. **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.

2.41. **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 stomatologice sau de alte costuri pe care le are Asigurătorul.

2.42. **Rețea de Parteneri Medicali sau Rețea sau Rețeaua de parteneri**: Lista instituțiilor medicale cu care Asigurătorul colaborează pentru prestări Servicii medicale conform acoperirilor contractuale stomatologice. Lista poate fi actualizată în permanență și poate fi consultată la serviciul Contact Center, respectiv pe internet, la adresa de Website www.uniga.ro

2.43. **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.

2.44. **Serviciul medical stomatologic**: Actul medical ce poate fi prestat numai în limitele prezentate în tabelele de beneficii și menționate în Formularul de Programare transmis de către Asigurător dacă nu a fost precizat altfel în Polița de asigurare

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

2.46. **Suma asigurată**: Valoarea maximă care poate fi plătită pe An de asigurare, pentru fiecare Asigurat. Ea este prevăzută în Polița de asigurare, dacă a fost stabilită o astfel de sumă. Indemnizațiile de asigurare cumulate, achitate de către Asigurător, nu pot depăși Suma asigurată, dacă a fost stabilită o astfel de sumă.

2.47. **Subgrup**: Categorie de Asigurați din cadrul unui Grup asigurat, Grupați pe baza unor criterii obiective stabilite sau acceptate de către Asigurător, cum ar fi de exemplu: Grupe de activități desfășurate, nivel de Sumă asigurată, tip de Pachete și Clauze contractate, etc.

2.48. **Suspendare**: Întreruperea temporară a Contractului de asigurare ca urmare a neplății Primei de asigurare scadentă după trecerea Perioadei de grație.

2.49. **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.

2.50. **Urgență medicală stomatologică**: Reprezintă orice Boală sau Accident, survenite brusc și neașteptat, în Perioada de asigurare, care necesită asistență medicală stomatologică imediată prin Serviciile medicale incluse în Acoperirea contractuală,

ART. 3. CONTRACTUL DE ASIGURARE

Contractul de asigurare este constituit din: prezentele Condiții Contractuale Generale, Condițiile Contractuale Specifice, Oferta de asigurare de Grup, Polița de asigurare, Certificatele individuale de asigurare.

3.1. Grup asigurat

Un Grup asigurat poate fi format din cel puțin 10 (zece) Asigurați, cu respectarea cerințelor de eligibilitate și a celor din tabelul de mai jos, în ceea ce privește numărul minim obligatoriu de Asigurați din totalul de persoane ce constituie Grupul de angajați/colaboratori ai Contractantului:

Numărul total de persoane din Grup	Cerința minimă pentru a forma un Grup asigurat
20 - 30 persoane	Minim 20 Angajați
31 - 100 persoane	80% participare, dar nu mai puțin de 24 Angajați
101 – 300 persoane	70% participare, dar nu mai puțin de 70 Angajați
301 – 500 persoane	60% participare, dar nu mai puțin de 180 Angajați
Peste 500 persoane	50% participare, dar nu mai puțin de 250 Angajați

3.2. Datele de identificare ale Contractantului și ale Asiguraților membri ai Grupului asigurat

3.2.1. Contractantul se obligă să pună la dispoziția Asigurătorului odată cu semnarea Contractului de asigurare de Grup, următoarele documente:

3.2.1.1. Pentru persoanele juridice române:

- i. Copii ale Certificatului de înregistrare la Registrul comerțului și un Certificat constatator;
- ii. Împuternicirea specială a celui care reprezintă respectiva persoană juridică în Contractul de asigurare de Grup, în situația în care persoana care semnează, nu are calitatea de reprezentant legal al Contractantului (original sau copie legalizată);
- iii. Copia cărții de identitate a reprezentantului legal al societății sau a împuternicitului (conform punctului ii.), semnată în original, având mențiunea conform cu originalul.

3.2.1.2. Pentru filialele persoanelor juridice străine aflate pe teritoriul României:

- i. Copii legalizate sau apostilate ale documentelor de identificare (statut, certificat de înregistrare) emise de autoritatea oficială din țara în care entitatea juridică este înregistrată, conform prevederilor Convenției de la Haga din 5 octombrie 1961, cu privire la suprimarea cerinței supralegalizării actelor oficiale străine, sau supralegalizate, pentru persoane juridice înregistrate în state care nu sunt parte la Convenția de la Haga;
- ii. Împuternicirea specială a celui care reprezintă respectiva persoană juridică în Contractul de asigurare de Grup, în situația în care persoana care semnează nu are calitatea de reprezentant legal al Contractantului (original sau copie legalizată);
- iii. Copia actului de identitate al reprezentantului legal sau a împuternicitului, certificată pentru conformitate prin semnatura olografă (conform punctului ii.), buletin/carte de identitate – pentru cetățenii români, sau pașaport și carnet de ședere cu viză de reședință în România, pentru cetățenii străini;
- iv. Traducerea în limba română a documentelor, legalizată de un notar public.

3.2.1.3. Pentru identificarea Asiguraților se va completa de către Contractant un tabel sub forma unui fișier Excel trimis Asigurătorului în format fizic și electronic, cuprinzând următoarele informații:

- i. Numele și prenumele Asiguratului;
- ii. Statut (Angajat sau Membru al familiei Angajatului)
- iii. Codul numeric personal sau echivalentul acestuia pentru persoanele străine;
- iv. Numărul și seria documentului de identitate;
- v. Data eliberării și data expirării documentului de identitate și entitatea care l-a emis;
- vi. Domiciliul/reședința (adresa completă: stradă, număr, bloc, scara, etaj, apartament, oraș, județ/ sector, codul poștal, țara);
- vii. Cetățenia;
- viii. Calitatea de rezident/nerezident;
- ix. Telefon/fax, adresa de poștă electronică (e-mail), după caz;
- x. Funcția (conform cărții de muncă);
- xi. Funcția publică, dacă este cazul;
- xii. Subgrupul din care face parte (dacă este cazul mai multor Subgrupuri).

3.2.2. Veridicitatea acestor informații este responsabilitatea Contractantului, care le va confirma prin semnătura reprezentantului legal sau a împuternicitului legal.

Contractantul își asumă obligația să actualizeze pe întreaga durată a Contractului de asigurare de Grup fișierul detaliat la Art. 3.2.1.3. lunar sau ori de câte ori apar modificări ale datelor transmise anterior, inclusiv pentru Asigurații care sunt incluși în Grup după Data de început a Contractului de asigurare de Grup. Fișierul actualizat cu modificările membrilor asigurați se constituie ca anexă la Polița de asigurare de Grup.

3.3. Semnăturile reprezentantului legal al Contractantului și Asiguratului de pe Cererea - Chestionar de asigurare de Grup sunt considerate specimen și vor fi folosite pe orice document ce se transmite Asigurătorului. Dacă pe parcursul derulării Contractului, au loc schimbări ale acestor specimen 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.

3.4. Polița de asigurare de Grup și Certificatele individuale de asigurare eliberate de Asigurător pentru fiecare Asigurat sunt dovada încheierii Contractului de asigurare și a includerii Asiguratului în Grupul asigurat. Polița de asigurare conține datele Asigurătorului,

ale Contractantului, precum și detalii tehnice despre Contractul de asigurare. Certificatele individuale de asigurare conțin datele Asiguratorului, ale Contractantului, ale Asiguratului, precum și detalii tehnice despre Contractul de asigurare. Se vor înmâna de către Intermediar reprezentantului legal sau împuternicitului Contractantului, personal, sau vor fi transmise la adresa de corespondență declarată. Contractantul prin reprezentantul său legal, sau prin împuternicit, se obligă să înmâneze Asiguraților Certificatele individuale de asigurare.

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

3.6. 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.

3.7. Prima de asigurare

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

3.7.2. Prima de asigurare pentru Grup se calculează prin însumarea primelor pentru fiecare Pachet în parte, pentru fiecare Subgrup în parte (dacă este cazul) și pentru fiecare Asigurat. Prima pentru o acoperire la nivel de Grup/Subgrup se determină în funcție de numărul de membri ai Grupului/Subgrupului și de Suma asigurată dacă există, pentru fiecare Asigurat. În cazul în care numărul de Asigurați se modifică în cursul anului contractual, prin intrarea sau ieșirea din asigurare a unor Asigurați, prima de asigurare pentru Grupul respectiv se va ajusta cu Prima de asigurare calculată pro-rata pentru Perioada de asigurare rămasă până la terminarea Anului de asigurare, corespunzătoare numărului de asigurați care intră/ies din Grupul asigurat, dacă nu s-au acoperit Evenimente asigurate pentru Asigurații care ies din Grupul asigurat.

Dacă s-au achitat Evenimente asigurate, Asiguratorul nu va returna Prima de asigurare calculată pro-rata.

3.7.3. Frecvența de plată poate fi: anuală, semestrială, trimestrială sau altă frecvență menționată în Polița de asigurare.

3.7.4. Prima de asigurare trebuie achitată în totalitate, conform frecvenței de plată alese de Contractant, fără nici o altă notificare din partea Asiguratorului.

3.7.5. 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.

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

3.7.7. 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 Asigurator, indiferent de metoda folosită (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.

3.7.8. Asiguratorul își rezervă dreptul de a actualiza Primele de asigurare, în funcție de evoluția prețului Serviciilor medicale stomatologice, gradul de utilizare al Serviciilor medicale, eventuale schimbări legislative, eventualele schimbări în acoperirile Contractului de asigurare, experiența Asiguratorului 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.

3.7.9. 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. În această perioadă, Asiguratorul nu acoperă Evenimentul asigurat.

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

3.8.1. 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.

3.8.2. Asiguratorul este exonerat de la plata Serviciilor medicale sau de plata oricărei despăgubiri ca urmare a accesării Serviciilor medicale în perioada de suspendare.

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

3.8.4. 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 Asiguratorului cu contravaloarea integrală a Primei/a tuturor Primelor de asigurare restantă(e), dacă Asiguratorul acceptă Repunerea în vigoare a Contractului conform Art. 3.7.

3.8.5. 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.

3.9. Repunerea în vigoare

3.9.1. 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 Asigurator în scris, în termen maxim de 90 de zile calendaristice de la prima dată scadentă de plată pentru prima de asigurare neachitată.
- ii. Contractantul a plătit integral toate primele de asigurare restante, atașând solicitării de repunere și dovada plății;
- iii. Nu a expirat perioada de asigurare de 1 an.

3.9.2. Asiguratorul își rezervă dreptul de a refuza Repunerea în vigoare.

3.9.3. La momentul solicitării de repunere în vigoare, Contractantul și Asiguratul au aceleași responsabilități ca la Data de încheiere a Contractului de asigurare.

3.9.4. 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.

3.10. Înțetarea 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:

3.10.1. 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;

3.10.2. 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;

3.10.3. 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;

3.10.4. 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.

3.10.5. 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, Asigurătorul va returna prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare, mai puțin taxa de emisie sau serviciile medicale efectuate până la data renunțării. Prima de asigurare nu va fi purtătoare de dobândă.

3.10.6. Prin rezilierea de către Asigurător a Contractului de Asigurare în cazul neplății primelor de asigurare până la expirarea perioadei de suspendare.

3.11. Reînnoirea Contractului de asigurare

3.11.1. Contractul de asigurare poate fi reînnoit înainte expirării acestuia, în următoarele condiții:

- ✓ S-a produs Reînnoirea întregului Contract de asigurare în cazul în care Pachetele de servicii medicale stomatologice sunt contractate de sine stătător sau dacă au fost atașate celorlalte pachete specifice de servicii medicale oferite prin asigurare.
- ✓ Să existe continuitate în asigurare.
- ✓ Să fie efectuată plata primei de asigurare aferentă următoarei scadențe din următorul an de asigurare.
- ✓ Asigurătorul să fie de acord cu reînnoirea Contractului de asigurare

3.11.2. Propunerea de reînnoire sau de modificare a Contractului de asigurare se va transmite Contractantului cu minim 30 de zile calendaristice înainte de data de expirare a Contractului de asigurare.

3.11.3. În situația în care Asigurătorul și Contractantul acceptă reînnoirea contractului sau noua ofertă de asigurare, Contractantul trebuie să transmită acceptul său Asigurătorului cu minim 15 zile calendaristice înainte de expirarea perioadei de asigurare. În cazul în care, Asigurătorul 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.

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

Asigurătorul va emite Polița de asigurare cuprinzând acoperirile contractuale după finalizarea procedurilor de reînnoire.

3.11.5. La reînnoirea Contractului, Contractantul are posibilitatea modificării frecvenței de plată a primei de asigurare, conform variantelor propuse de către Asigurător.

3.12. Înțetarea calității de Asigurat

3.12.1. Odată ce intervine Înțetarea Contractului de asigurare de Grup sau decesul Asiguratului, acoperirea încetează. Odată ce intervine încetarea/ terminarea Contractului de muncă/ de colaborare între Contractant și Asigurat, acoperirea încetează atât pentru acesta, cât și pentru Membrii acoperiți ai familiei.

3.12.2. 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.

3.12.3. La data scadentă de plată a primei de asigurare ulterioara datei recepționării de către Asigurător a solicitării de încetare a Asigurării pentru un Asigurat.

ART. 4. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI/ASIGURATULUI

4.1. Contractantul are obligația de a informa Asigurătorul despre Pierderea Interesului asigurat, așa cum este el definit la Art. 2.29. În cazul în care Contractantul omite să informeze despre evenimentul prevăzut la Art. 4.1, 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. Obligațiile Contractantului/Asiguratului sunt valabile atât pentru persoanele adulte care vor fi asigurate, cât și pentru copiii lor având calitatea de Asigurat.

4.4. Asiguratul se obligă să susțină contravaloarea Serviciilor medicale care nu sunt incluse în Lista de acoperiri, să suporte coplata serviciilor stomatologice incluse sau care 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 stomatologice programate în Rețeaua de Parteneri Medicali este dovedită prin Cardul de Asigurat eliberat după intrarea în vigoare a Contractului de asigurare de Grup.

5.2. Asiguratul trebuie să prezinte înainte de efectuarea oricărui serviciu medical stomatologic 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. În cazul copiilor sub 14 ani, se vor solicita Certificatul de naștere și cardul de asigurare;

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.

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

6.1. Accesarea Serviciilor stomatologice incluse în Contractul de Asigurare, conform Condițiilor Contractuale Specifice, 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 domiciliu/angajat sau dependent/Contractant), de fiecare dată când apelează serviciul Contact Center.

6.3. De la serviciul Contact Center Asiguratul poate obține informații privind:

1. Serviciile stomatologice incluse în Contractul de asigurare;
2. Rețeaua de Parteneri medicali agreeți – adrese, program de lucru, specialități disponibile;
3. Programarea Serviciilor stomatologice 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 pentru serviciile de radiografie dentară;
5. Asistență, Aprobarea și transmiterea formularelor de programare.

6.4. Pentru programare în vederea accesării serviciilor medicale stomatologice din tabelul de beneficii, se vor urma pașii descriși mai jos:

- I. Se va consulta lista de parteneri medicali disponibilă pe adresa www.uniqa.ro, în vederea selectării unității medicale;
- II. Se va contacta serviciul Contact Center, în vederea programării;
- III. Se vor furniza operatorului de la Contact Center datele menționate la art. 6.2 pentru validarea calității de Asigurat și verificarea valabilității contractului de asigurare;
- IV. Se vor comunica partenerul medical ales, data și intervalul orar, în care se dorește efectuarea programării, conform art. 6.4.1 de mai jos; Serviciile stomatologice din pachetul de asigurare se pot accesa doar la un singur furnizor medical, care se alege înainte de prima accesare;
- V. Operatorul Contact Center va contacta partenerul medical indicat în vederea efectuării programării și îi va comunica Asiguratului opțiunile disponibile, conform art. 6.4.1 de mai jos;
- VI. În urma confirmării de către Asigurat a programării efectuate, operatorul Contact Center va transmite pe email sau fax furnizorului medical și Asiguratului (dacă acesta pune la dispoziție informațiile aferente) Formularul de Programare și Consult;
- VII. Se prindează acest formular de către clinică și se completează serviciile stomatologice prestate de fiecare dată când se accesează asigurarea.
- VIII. Prima programare va consta într-o consultație de stomatologie generală completă și se va face în vederea evaluării situației bucale și dentare a Asiguratului (status dentar), precum și trasarea planului de tratament dentar recomandat;
- IX. Serviciile medicale din pachetul de asigurare pot fi accesate doar dacă sunt recomandate de către medicul stomatolog/dentist și constituie o necesitate medicală, cu excepția primei consultații de stomatologie generală, care se accesează fără recomandare medicală anterioară.
- X. În urma trasării planului de tratament dentar, în baza asigurării, se pot accesa doar serviciile stomatologice recomandate de către medicul stomatolog/dentist și consemnate în Formularul de Programare și Consult.
- XI. Reprezentanții clinicii vor consemna serviciile efectuate și vor înmâna o copie a raportului medical la cerere.
- XII. Pentru orice examinări/investigații suplimentare efectuate la solicitarea Asiguratului sau a altei persoane, Asigurătorul nu are nici o obligație de plată, acestea fiind suportate de către persoana care le-a solicitat direct furnizorului medical.

Toate serviciile stomatologice accesate trebuie înregistrate pe același formular, informațiile consemnate necesitând confirmarea și semnarea de către Asigurat.

Odată ce s-a optat pentru unul din furnizorii medicali din rețea, se pot accesa serviciile acoperite prin asigurare conform acordului primit de la Contact Center, doar la acel furnizor medical.

Dacă Asiguratul optează pentru un alt furnizor medical din rețeaua Asigurătorului, se vor relua pașii descriși la art. 6.4.

6.4.1. Pentru oferirea unor programări optime, Asiguratul va menționa minim 3 variante de zile și intervale orare. Serviciul Contact Center comunică Partenerul Medical la care se va efectua programarea, în funcție de disponibilitatea acestuia.

Programarea pentru Serviciile stomatologice solicitate va fi făcută ținând cont de disponibilitatea programului de lucru al Partenerului Medical. Dacă Partenerul Medical solicitat nu are liber în intervalul de programări în data/ în intervalul orar/ sau nu efectuează respectivul Serviciu stomatologic, se va recomanda cu acordul Asiguratului un alt Partener Medical.

6.5. Asiguratul va primi răspunsul (acceptul sau respingerea) privind programarea unui Serviciu medical, în maxim 1 zi lucrătoare

de la data solicitării, fie direct prin intermediul Contact Center-ului, fie printr-un SMS.

6.6. În situația în care nu este posibilă prezentarea Asiguratului la data și la ora stabilită pentru a beneficia de Serviciile stomatologice 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/anunțare întârziată, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului contravaloarea eventualelor sume datorate Partenerului Medical pentru Serviciile stomatologice programate și neanulate.

6.7. Asigurătorul acoperă Serviciile stomatologice menționate în tabelul de beneficii, iar pentru a se efectua programarea și decontarea Serviciilor stomatologice, cauza care determină Evenimentul asigurat trebuie să nu fie exclusă de la acoperire conform Art. 9. Excluderi generale

Serviciile stomatologice sunt 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.

6.8. Asigurătorul va aproba sau va refuza solicitarea pentru efectuarea unei programări în funcție de beneficiile și limitele acestora, prevăzute și consumate conform Contractului de asigurare.

6.9. În situația în care Asiguratul este informat de medicul stomatolog, în timpul efectuării consultației, asupra faptului că sunt necesare investigații suplimentare care nu sunt incluse în tabelul de beneficii sau presupun coplata/plata integrală a acestora, Asiguratul poate accepta efectuarea investigațiilor, având obligația de a achita parțial/integral contravaloarea acestora.

6.10. Accesarea Serviciilor medicale de radiologie dentară conform tabelului de beneficii, se poate face și în afara rețelei de parteneri medicali, cu decontare ulterioară de către Asigurător a 80% din costuri, pe baza unui dosar de daună, doar dacă radiografia a fost recomandată în cadrul consultației inițiale incluse în planul de beneficii.

Radiografia - ortopantomogramă va fi înmănată clientului care o va preda ulterior medicului stomatolog care efectuează consultația de evaluare.

6.10.1. La dosarul de daună, Asiguratul va furniza următoarele documente:

1. 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);
2. 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);
3. Detaliile bancare personale ale Asiguratului (banca și sucursala, contul IBAN), în care dorește să fie efectuată plata.

6.10.2. 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. 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 Asigurați 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.

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

7.1. Sumele asigurate, dacă există, sunt menționate în Polița de asigurare. După fiecare Serviciu medical stomatologic 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 calculată în caz de accesare a Serviciilor medicale de radiologie dentară conform tabelului de beneficii, în afara rețelei de parteneri medicali, se achită în termen de maxim 30 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, Asigurătorul 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 Asigurător 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, Asigurătorul 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 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 stomatologic acoperit prin Contractul de asigurare, de care a beneficiat Asiguratul în Rețeaua de Parteneri Medicali stomatologici, Asigurătorul va plăti direct contravaloarea Serviciilor medicale furnizate Asiguratului, conform condițiilor stipulate în contractele existente dintre Asigurător și Partenerul Medical.

7.7. Drepturile prin Asigurare au caracter personal și prin urmare, nu se transmit Moștenitorilor legali și nu se reportează.

ART. 8. EXCLUDERI GENERALE

1. Asigurătorul este degrevat de acoperirea de Servicii medicale stomatologice și/sau de plata Indemnizației de asigurare în cazul în care sunt cauzate de, rezultate din, agravate de, în legătură cu, întâmplate prin, derivate din sau aflate în conexiune, directă sau indirectă, parțială sau în totalitate cu:
 - i. recomandări primite de către Asigurat de la alți medici stomatologi 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 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);
 - iii. a doua opinie medicală primită pentru aceeași Boală sau pentru consecințele aceluiași Accident de la alt medic de aceeași specialitate;
 - iv. încercarea sau comiterea faptelor prevăzute și sancționate de legea penală sau prevăzute de legislația în vigoare ca fiind de natură contravențională, inclusiv ca urmare a consumului de alcool și droguri;
 - v. 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;
 - vi. 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;
2. Asigurătorul nu acoperă niciun Serviciu medical stomatologic în Perioada de suspendare;
3. Asigurătorul nu va acoperi niciun Serviciu medical stomatologic ce nu este specificat în mod clar ca Serviciu medical stomatologic acoperit în Lista de acoperiri sau peste limitele menționate în Condițiile Contractuale Generale și/ sau Specifice de asigurare și/sau prestat în afara granițelor României sau în afara Rețea de Parteneri Medicali (exceptând Serviciile medicale de radiologie dentară conform tabelului de beneficii, pentru care accesarea poate fi permisă și în afara rețelei de parteneri medicali).
4. Asigurătorul nu acoperă niciun Serviciu medical stomatologic în Perioada de gratie;

ART. 9. PREVEDERI FINALE

9.1. Schimbarea adresei și a datelor de contact

9.1.1. 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.

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

9.2. Asigurătorul nu este răspunzător pentru Serviciile medicale stomatologice 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 stomatologic, culpa acestuia fiind stabilită conform prevederilor legale.

9.3. 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.

9.4. 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.

9.5. 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.

9.6. Legislația aplicabilă

Contractul de asigurare este supus legislației române în vigoare, inclusiv a actelor normative privind asigurările și reasigurările (Codul Civil, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Legea nr. 136/1995

privind asigurările și reasigurările în România, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, 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.

9.7. Protecția datelor cu caracter personal

9.7.1. Asigurătorul este înregistrat în registrul ANSPDCP sub nr. 9195 și respectă toate prevederile Legii 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

9.7.2. Prin semnarea contractului de asigurare Contractantul în numele Asiguraților își exprimă expres acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal (inclusiv Codul numeric Personal și datele biometrice) 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 personale ale Asiguratului/Contractantului, în vederea prelucrării acestora.

9.7.3. 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, Contractantul în numele Asiguraților 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.

9.7.4. Contractantul, în numele Asiguraților, 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.

9.7.5. Contractantul, în numele Asiguraților, 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 ante menționatului 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.

9.7.6. Contractantul, în numele Asiguratului se obligă să comunice Asiguratorului de îndată, orice modificare a declarațiilor date și înșușite 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.

9.8 Alte Prevederi

9.8.1. 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.

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

9.8.3. Contractantul/Asiguratul se poate adresa direct Sediului Central al Asiguratorului 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, adresă, precum și numărul Poliței de asigurare.

9.8.4. 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.

9.8.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de beneficiarul plății pentru a determina cuantumul obligației de plată al Indemnizației de asigurare. Asiguratul, fără a fi exonerat de obligația depunerii documentelor, mandatează Contractantul/Asigurătorul 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 Asigurătorul să poată stabili circumstanțele de producere a Riscului/Evenimentului asigurat și cuantumul Indemnizației de plată, după caz.

9.8.6. 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 Asigurătorului în traducere legalizată în limba română.

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