

1. Prezentele Condiții specifice sunt valabile numai împreună cu Condițiile generale de asigurare. Prevederile prezentelor Condiții specifice au caracter derogatoriu de la orice prevedere contrară din Condițiile generale de asigurare.

## 2. OBIECTUL ASIGURĂRII. RISCURILE ASIGURATE.

- 2.1. Prevederile prezentelor Condiții specifice se aplică în cazul asigurărilor individuale, a familiei și de grup.  
În baza prezentelor Condiții specifice, Contractul de asigurare acoperă riscurile privind accidentele suferite de Asigurat în perioada de valabilitate a asigurării, accidente produse oriunde în lume.
- 2.2. Pot fi cuprinse în asigurare persoane în vârstă de la 16 ani la 74 ani, cu condiția ca în anul expirării asigurării vârsta Asiguratului să nu depășească 75 ani.  
Persoanele cu vârsta cuprinsă între 0 ani și 15 ani inclusiv, se pot asigura numai prin asigurarea de familie.  
Vârsta Asiguratului se calculează ca diferență între anul calendaristic în care începe răspunderea Asigurătorului și anul de naștere al Asiguratului.
- 2.3. În baza prezentelor Condiții specifice se pot asigura și persoanele fizice din gospodăria Asiguratului, asigurare numită în continuare: Asigurarea familiei.  
Persoanele fizice din gospodăria Asiguratului sunt: Asiguratul prin care se înțelege titularul Poliței precum și sotul / soția, copii minori aflați în întreținerea Asiguratului precum și alte persoane nominalizate în Cererea-chestionar, care locuiesc și gospodăresc împreună cu Asiguratul și/sau față de care acesta are obligația legală de întreținere, la domiciliu sau în perioada de valabilitate a Poliței.  
Asigurarea familiei se poate încheia pentru membrii unei gospodării cu vârsta cuprinsă între 0 ani și 74 ani.
- 2.4. Asigurarea de accidente oferă acoperiri diversificate în conformitate cu protecția aleasă de Asigurat corespunzător pachetelor de asigurare oferite de Asigurător: pachetul SIGUR, pachetul PLUS sau pachetul AVANTAJ.
  - 2.4.1. Pachetele pentru asigurarea individuală și a familiei conțin următoarele riscuri și cheltuieli:  
Pachetul de riscuri SIGUR:
    - Deces;
    - Invaliditate;  
Pachetul de riscuri PLUS:
    - Deces;
    - Invaliditate extinsă cu progresie 200%;
    - Spitalizare;
    - Convalescență post-spitalizare;
    - Aparat gipsat;  
Pachetul de riscuri AVANTAJ:
    - Deces;
    - Invaliditate extinsă cu progresie 300%;
    - Spitalizare;
    - Convalescență post-spitalizare;
    - Aparat gipsat;
    - Intervenții chirurgicale;
    - Cheltuieli suplimentare;
  - 2.4.2. Pachetele pentru asigurarea de grup conțin următoarele riscuri și cheltuieli:  
Pachetul de riscuri SIGUR:
    - Deces;
    - Invaliditate;  
Pachetul de riscuri PLUS:
    - Deces;
    - Invaliditate extinsă cu progresie 200%;

- Spitalizare;
- Incapacitate temporară de muncă;

Pachetul de riscuri AVANTAJ:

- Deces;
- Invaliditate extinsă cu progresie 200%;
- Spitalizare;
- Incapacitate temporară de muncă;
- Intervenții chirurgicale;
- Cheltuieli suplimentare.

### 3. CHELTUIELILE ACOPERITE PRIN CONTRACTUL DE ASIGURARE.

#### 3.1. Deces ca urmare a unui accident.

În cazul în care, în decursul unui an de la data producerii sale, accidentul duce la decesul Asiguratului, se plătește suma asigurată înscrisă în Polița de asigurare pentru cazul de deces.

În cazul în care s-a plătit o indemnizație pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident și Asiguratul a decedat din cauza accidentului în decursul unui an de la data producerii acestuia, eventualele sume plătite drept indemnizație pentru cazul de invaliditate permanentă ca urmare a unui accident nu se recuperează.

În cazul decesului Asiguratului cu vârsta sub 16 ani, se vor plăti cheltuielile de înmormântare, dar nu mai mult de suma asigurată pentru deces.

#### 3.2. Invaliditate permanentă ca urmare a unui accident.

3.2.1 Dacă producerea unui accident cauzează o invaliditate permanentă totală sau parțială a Asiguratului, indemnizația cuvenită se va calcula în funcție de gradul de invaliditate permanentă stabilit conform Tabelei Gradelor de Invaliditate (T.G.I) și de pachetul de asigurare ales de client, astfel:

a) prin aplicarea la suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident a procentului gradului de invaliditate permanentă stabilit.

b) în situația în care s-a ales pachetul conținând invaliditatea extinsă cu progresie 200 %:

- dacă gradul de invaliditate permanentă stabilit nu depășește 50%, cuantumul indemnizației se va calcula prin aplicarea la suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident a procentului gradului de invaliditate permanentă stabilit;
- dacă gradul de invaliditate permanentă stabilit depășește 50%, cuantumul indemnizației se va calcula prin aplicarea la suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident a unui procent rezultat din cumularea a 50% cu dublul gradului de invaliditate permanentă stabilit pentru partea cuprinsă între 51% și 100 %.

c) în situația în care s-a ales pachetul conținând invaliditatea extinsă cu progresie 300 %:

- dacă gradul de invaliditate permanentă stabilit nu depășește 50%, cuantumul indemnizației se va calcula prin aplicarea la suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident a procentului gradului de invaliditate permanentă stabilit;
- dacă gradul de invaliditate permanentă stabilit este cuprins între 51% și 75%, cuantumul indemnizației se va calcula prin aplicarea la suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident a unui procent rezultat din cumularea a 50% cu dublul gradului de invaliditate permanentă stabilit pentru partea cuprinsă între 51% și 75 %;
- dacă gradul de invaliditate permanentă stabilit este cuprins între 76% și 100%, cuantumul indemnizației se va calcula prin aplicarea la suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident a unui procent rezultat din cumularea a 50% cu dublul gradului de invaliditate permanentă stabilit pentru partea cuprinsă între 51% și 75 % și cu triplul gradului de invaliditate permanentă stabilit pentru partea cuprinsă între 76% și 100%.

3.2.2. Invaliditatea permanentă trebuie să fi fost stabilită de către un medic desemnat sau agreeat de către Asigurător și comunicată Asigurătorului într-un termen de maxim 1 (un) an calendaristic de la data producerii accidentului.

3.2.3. Gradul de invaliditate permanentă totală sau parțială, se va stabili conform Tabelei Gradelor de Invaliditate (T.G.I).

Grade de invaliditate fixe sunt considerate, excluzându-se dovada unei invalidități mai mari sau mai mici, următoarele pierderi sau incapacități funcționale:

- ale unui braț din articulația scapulo-humerală 70%
- ale unui braț până deasupra articulației humero-cubitale (cotului) 65%
- ale unui braț sub articulația humero-cubitală (cotului) 60%
- ale unei mâini la încheietura mâinii 55%
- ale unui police (deget mare) 20%
- ale unui deget arătător 10%
- ale unui alt deget 5%
- ale unui picior deasupra mijlocului femurului 70%
- ale unui picior până la mijlocul femurului 60%
- ale unui picior până sub genunchi 50%
- ale unui picior până la mijlocul gambei 45%
- ale tălpii din articulația piciorului 40%
- ale degetului mare de la picior (haluce) 5%
- ale unui alt deget de la picior 2%
- ale unui ochi 50%
- ale auzului la o ureche 30%

- ale mirosului 10%
- ale gustului 5%

În cazul în care accidentul diminuează funcționarea mai multor părți ale corpului sau mai multor organe senzoriale, gradele de invaliditate permanentă prevăzute în Tabela Gradelor de Invaliditate (T.G.I), se cumulează. Cumularea gradelor de invaliditate nu poate depăși 100%.

După fiecare producere a unei invalidități permanente parțiale în urma unui eveniment asigurat și plata unei indemnizații de asigurare, suma asigurată pentru invaliditate permanentă rămâne aceeași ca și înainte de plata indemnizației respective. În cazul în care se produce un alt eveniment asigurat în care Asiguratul suferă o altă invaliditate permanentă parțială, indemnizația se va stabili prin aplicarea procentului corespunzător din Tabela Gradelor de Invaliditate (T.G.I), cu mențiunea că suma tuturor gradelor de invaliditate pentru toate evenimentele asigurate nu trebuie să depășească 100%.

- 3.2.4. În cazul în care accidentul lezează o funcțiune fizică sau intelectuală, care a fost diminuată permanent anterior, se va proceda la o diminuare a gradului de invaliditate permanentă stabilit, cu gradul de invaliditate permanentă preexistent.
- 3.2.5. În cazul în care Asiguratul a decedat din altă cauză și nu din cauza accidentului, sau indiferent din ce cauză în decursul unui an de la data producerii accidentului, și a fost cerută plata indemnizației pentru invaliditate permanentă, plata se va efectua în funcție de gradul de invaliditate permanentă care ar fi fost stabilit conform ultimelor constatări medicale.
- 3.2.6. Asigurătorul își rezervă dreptul de a cere reexaminarea Asiguratului de către un alt medic, precum și reexaminarea într-o altă localitate decât localitatea de domiciliu a Asiguratului, în cazul în care se impune luarea unor astfel de măsuri.
- 3.2.7. Asigurătorul își rezervă dreptul, dacă situația o impune, de a reduce gradele de invaliditate permanentă în urma unor expertize medicale efectuate de către medici specialiști, în conformitate cu actele medicale depuse la dosarul privind plata despăgubirilor din asigurare.
- 3.2.8. Dacă invaliditatea permanentă a apărut ca urmare a unui accident rutier, iar la momentul accidentului Asiguratul aflat în autovehiculul accidentat folosea centura de siguranță, Asigurătorul va plăti în plus față de indemnizația pentru invaliditate, o sumă reprezentând 10% din această indemnizație.
- 3.3. Spitalizare ca urmare a unui accident.
  - 3.3.1. În cazul în care ca urmare a vătămărilor corporale apărute în urma unui accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul este internat în spital, Asigurătorul va plăti indemnizația zilnică prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire, pentru cel mult 90 de zile de spitalizare pentru un eveniment asigurat și maxim 180 de zile de spitalizare pe an de asigurare.  
Pentru această acoperire există o perioadă de așteptare de 3 zile.  
Prin urmare Asigurătorul va plăti indemnizația zilnică prevăzută în Poliță începând cu prima zi de internare, pentru fiecare zi de spitalizare, numai în situația în care perioada de spitalizare este mai mare de 3 zile.  
Perioada de așteptare se aplică o singură dată per eveniment asigurat.  
Ziua de externare nu este indemnizată și nici nu intră în calculul perioadei de spitalizare. Indemnizația zilnică pentru spitalizare reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de spitalizare.
  - 3.3.2. În cazul în care accidentul s-a produs în perioada de asigurare, iar perioada de spitalizare depășește data expirării Poliței, Asigurătorul plătește indemnizația pentru întreaga perioadă de spitalizare cu respectarea prezentelor Condiții specifice de asigurare.
  - 3.3.3. În situația în care există două sau mai multe perioade de spitalizare care se datorează aceluiași accident, acestea intră sub acoperirea prezentelor Condiții specifice de asigurare numai dacă intervin în cel mult 1 (un) an calendaristic de la data accidentului.
  - 3.3.4. Indemnizația de spitalizare se plătește numai în cazul în care medicul de specialitate îi recomandă Asiguratului internarea într-un spital în scopul tratării consecințelor unui accident.
- 3.4. Convalescența post-spitalizare ca urmare a unui accident.
  - 3.4.1. Indemnizația zilnică pentru convalescență se plătește pentru același număr de zile calendaristice pentru care se plătește indemnizația zilnică pentru spitalizare, cel mult însă 90 zile într-un an de asigurare.  
Dreptul la indemnizația zilnică pentru convalescență curge de la ieșirea din spital, după o perioadă de spitalizare mai mare de 3 zile.  
Numărul maxim de zile de spitalizare și convalescență post-spitalizare cumulate nu poate depăși 180 de zile într-un an de asigurare.  
Indemnizația zilnică pentru convalescență reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de convalescență.
  - 3.4.2. În cazul în care accidentul s-a produs în perioada de asigurare, iar perioada de convalescență depășește data expirării Poliței, Asigurătorul plătește indemnizația pentru întreaga perioadă de convalescență cu respectarea prezentelor Condiții specifice de asigurare.
- 3.5. Imobilizare în aparat gipsat ca urmare a unui accident.
  - 3.5.1. În cazul în care ca urmare a vătămărilor corporale apărute în urma unui accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul este imobilizat în aparat gipsat, Asigurătorul va plăti indemnizația zilnică prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire, pentru o perioadă maximă de 45 zile într-un an de asigurare, indiferent de numărul evenimentelor asigurate suferite de Asigurat în această perioadă.  
Indemnizația zilnică pentru imobilizare în aparat gipsat reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de imobilizare în aparat gipsat.
  - 3.5.2. Dacă Asiguratul a fost spitalizat și imobilizat în aparat gipsat în aceeași perioadă, se va plăti doar indemnizația pentru spitalizare și cea pentru convalescență.

- 3.5.3. În cazul în care accidentul s-a produs în perioada de asigurare, iar perioada de imobilizare în aparat gipsat depășește data expirării Poliței, Asigurătorul plătește indemnizația pentru întreaga perioadă de imobilizare în aparat gipsat cu respectarea prezentelor Condiții specifice de asigurare.
- 3.6. Incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident.
- 3.6.1. În cazul în care, ca urmare a vătămărilor corporale apărute în urma unui accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul este în incapacitate temporară de muncă, dovedită pe baza existenței unui certificat medical emis pe numele Asiguratului, Asigurătorul va plăti indemnizația zilnică prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire pentru cel mult 180 de zile pe an, dar nu mai mult de 90 de zile pentru același accident.  
Pentru acordarea acestei indemnizații există o perioadă de așteptare de 7 zile. Prin urmare, Asigurătorul va plăti indemnizația începând cu a opta zi de incapacitate temporară de muncă.  
Perioada de așteptare se aplică o singură dată per eveniment asigurat.  
În situația în care incapacitatea temporară de muncă începe imediat după perioada de spitalizare, limitarea menționată anterior nu se aplică.  
În cadrul perioadei de incapacitate temporară de muncă este cuprinsă perioada de convalescență post-spitalizare, respectiv de tratament ambulatoriu pentru accidente care nu necesită spitalizare. Indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de incapacitate temporară de muncă.
- 3.6.2. În cazul în care accidentul s-a produs în perioada de asigurare, iar perioada de incapacitate temporară de muncă depășește data expirării Poliței, Asigurătorul plătește indemnizația pentru întreaga perioadă de incapacitate temporară de muncă, cu respectarea prezentelor Condiții specifice de asigurare.
- 3.6.3. În situația în care există două sau mai multe perioade de incapacitate temporară de muncă din accident care se datorează aceluiași eveniment asigurat, acestea intră sub acoperirea prezentelor Condiții specifice de asigurare numai dacă intervin în cel mult 1 (un) an calendaristic de la data accidentului.
- 3.7. Intervenții chirurgicale din accident.
- 3.7.1. În cazul în care ca urmare a unui accident produs în perioada de asigurare, Asiguratul suferă o intervenție chirurgicală și este în viață după 48 de ore de la finalizarea intervenției, Asigurătorul va plăti indemnizația pentru intervenții chirurgicale, indiferent de mărimea cheltuielilor pentru intervenția chirurgicală și independent de alte despăgubiri.
- 3.7.2. Indemnizația pentru intervenții chirurgicale reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru intervenția chirurgicală suferită de Asigurat ca urmare a unui accident și care se calculează prin înmulțirea sumei asigurate cu cota procentuală corespunzătoare respectivei intervenții, conform „Tabelului cu procente pentru intervenții chirurgicale”.
- 3.7.3. Indemnizația pe care o plătește Asigurătorul pentru o intervenție chirurgicală corespunde procentului aferent intervenției chirurgicale efectuate prevăzut în “Tabelul cu procente pentru intervenții chirurgicale”. Pentru orice intervenție chirurgicală nespecificată în tabelul menționat anterior, Asigurătorul, prin medicul său autorizat, va aloca o cotă procentuală corespunzătoare unei intervenții cu grad de dificultate similar, prin echivalare cu unul din cazurile precizate în tabelul respectiv, cu excepția situației în care acea intervenție este exclusă în mod explicit din Contractul de asigurare.
- 3.7.4. În cazul în care, în cadrul aceleiași intervenții chirurgicale se efectuează mai multe operații, Asigurătorul va plăti indemnizațiile corespunzătoare fiecărei operații efectuate, cumularea acestora neputând însă depăși suma asigurată pentru intervenții chirurgicale.
- 3.7.5. În situația în care există două sau mai multe intervenții chirurgicale care se datorează aceluiași accident, acestea intră sub acoperirea prezentei asigurări suplimentare numai dacă intervin în cel mult 1 (un) an calendaristic de la data accidentului.
- 3.7.6. Dacă în urma unui accident suprafața corpului persoanei asigurate este vătămată astfel încât aspectul exterior al acesteia este lezat în mod definitiv, după încheierea tratamentului medical și dacă Asiguratul se hotărăște să se supună unei operații estetice cu scopul de a înlătura această deficiență, Asigurătorul suportă cheltuielile privind operația, în limita sumei asigurate pentru intervenții chirurgicale.  
Operația trebuie să fie efectuată până cel târziu la finele celui de-al doilea an calendaristic după producerea accidentului.
- 3.7.7. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment asigurat și pe an de asigurare, indiferent de numărul și de costul acestora.
- 3.8. Cheltuieli suplimentare în caz de accident.
- 3.8.1. Cheltuielile de căutare și de salvare, dacă Asiguratul:
- a) a suferit un accident sau s-a aflat în pericol pe munte sau în apă și a trebuit să fie salvat, cu sau fără răni;
  - b) a decedat într-un accident sau ca urmare a unui pericol pe munte sau în apă și trebuie recuperat corpul neînsuflețit.
- Cheltuielile de salvare sunt cheltuielile care pot fi dovedite că au fost efectuate pentru căutarea Asiguratului și transportul acestuia până la prima stradă circulabilă sau până la spitalul cel mai apropiat de locul producerii accidentului.
- 3.8.2. Costurile pentru transport sunt cheltuielile efectuate ca urmare a unui accident, pentru transportarea Asiguratului potrivit recomandării medicale de la locul accidentului produs în afara localității sale de domiciliu, respectiv din spitalul în care a fost adus Asiguratul după producerea accidentului, până la spitalul cel mai apropiat de localitatea sa de domiciliu.  
În cazul în care se produce decesul Asiguratului ca urmare a unui accident, se despăgubesc și cheltuielile efectuate pentru transportul decedatului până în ultima sa localitate de domiciliu din țară. Costurile pentru transport includ și cheltuielile pentru repatriere. Prin repatriere se înțelege transportul în România în scopul continuării tratamentului necesar din punct de vedere medical, respectiv în caz de deces al Asiguratului.
- 3.8.3. Cheltuieli medicale ocazionate de accidentul produs: cheltuieli de vindecare efectuate pentru înlăturarea consecințelor accidentului și care au fost necesare conform prescripției medicale, precum și tratamente efectuate de Asigurat la recomandarea expresă a medicilor și sub stricta supraveghere a acestora. Printre acestea se numără:
- tratamentul ambulatoriu (medicamente, materiale medicale ajutoare care fac parte din tratament, pentru membre fracturate sau răni - mulaje de gips, bandaje, pansamente sau cârje, prescrise de medic);
  - diagnosticul radiografic și radiologic;
  - radioterapia, terapia termică sau fototerapia și alte proceduri asemănătoare prescrise de medic.

- achiziția unei proteze, scaun cu roțile și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului.
- 3.8.4. Indemnizația pentru cheltuieli suplimentare reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru rambursarea costurilor serviciilor efectuate ca urmare a unui accident.
- 3.8.5. Asigurătorul indemnizează costurile acestor servicii prestate Asiguratului, pe baza documentelor originale emise pe numele Asiguratului, în limita sumei asigurate prevăzută în Contractul de asigurare.
- 3.8.6. Dacă la momentul producerii accidentului, mai există în vigoare o altă asigurare încheiată de Contractant și/sau Asigurat, care acoperă cheltuielile menționate anterior, răspunderea Asigurătorului se va limita la plata unei cote proporționale din aceste cheltuieli.

#### **4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA PROTECȚIEI DIN ASIGURARE.**

- 4.1. Protecția din asigurare începe la data înscrisă în Contractul de asigurare emis de Asigurător, dar nu mai devreme de 24 ore socotite de la expirarea zilei în care s-a achitat prima unică sau întâia rată de primă și încetează la ora 24 a zilei prevăzută în Polița de asigurare ca data expirării, dacă nu s-a convenit altfel.
- 4.2. În cazul asigurării de grup, protecția din asigurare începe:
  - după o perioadă de 30 (treizeci) de zile de activitate continuă la locul de muncă, pentru persoanele care au încheiat un contract individual de muncă cu Contractantul sau care au încheiat orice alt tip de contract cu Contractantul, altul decât un contract individual de muncă, pentru desfășurarea unei activități prevăzute și admise de lege și care, în ambele cazuri, intră în evidențele acestuia după data intrării în vigoare a Contractului de asigurare;
  - după o perioadă de 30 (treizeci) de zile de activitate continuă la locul său de muncă, pentru un membru al grupului de persoane asigurate care nu este activ și prezent la locul de muncă la data începerii asigurării din cauza unui accident sau a unei îmbolnăviri și care nu revine la locul de muncă într-un interval de 7 (șapte) zile consecutive de la data începerii asigurării.
- 4.3. În cazul asigurării de grup, protecția din asigurare încetează odată cu încetarea relațiilor contractuale de muncă între Asigurat și Contractant, dacă încetarea relațiilor contractuale de muncă se produce înainte de expirarea Contractului.
- 4.4. Protecția din asigurare se suspendă îndată ce Asiguratul prestează serviciul în caz de război într-o unitate militară sau într-o formațiune similară. Protecția din asigurare se reia îndată ce Asiguratul comunică în scris Asigurătorului despre încetarea acestui serviciu, Contractul de asigurare prelungindu-se cu această perioadă.
- 4.5. Protecția prin asigurare, pentru fiecare persoană asigurată în parte, indiferent de durata asigurării înscrisă în Contractul de asigurare, încetează la ora 24 a zilei în care:
  - a survenit decesul Asiguratului;
  - s-a stabilit invaliditatea permanentă de 100%
  - Asiguratul a intrat în categoria persoanelor neasigurabile conform prezentelor Condiții specifice;
  - Asiguratul a împlinit 75 ani;
  - prima de asigurare sau ratele de primă nu au fost achitate la temenele stabilite prin Contractul de asigurare;
  - Contractul de asigurare a fost reziliat.

#### **5. EXCLUDERI.**

- 5.1. Sunt excluse din asigurare:
  - urmările oboselii, surmenajului, accidentelor consecință a tratării bolilor (reumatism, hipertensiune arterială, arteroscleroză, pneumonie, etc).
  - conducerea unui autovehicul în stare de ebrietate.
  - leziunile vertebrale, hemoragiile organelor interne sau cerebrale, exceptând cazurile în care există o legătură directă de cauzalitate între aceste leziuni sau hemoragii și accidentul produs, care intră în acoperirea oferită de prezenta Poliță.
  - accidentele provocate de tulburări mintale, pierderi de cunoștință, chiar dacă acestea s-au produs sub influența alcoolului sau ca rezultat al unor stări similare (medicamente, droguri, substanțe dopante etc.), apoplexii, accese epileptice sau alte accese spastice, care cuprind întregul corp al Asiguratului. Protecția din asigurare se menține totuși, dacă aceste tulburări sau accese epileptice ori spastice au fost cauzate de un accident care intră sub protecția asigurării.
  - accidentele suferite atunci când Asiguratul comite sau încearcă să comită o infracțiune sau o faptă incriminată de dispozițiile legale ca infracțiune săvârșită cu intenție, chiar și atunci când au fost comise la instigarea Beneficiarului, precum și în timpul sustragerii de la urmărirea penală pentru asemenea fapte.
  - urmările normale ale luminii, temperaturii, stării timpului, cu excepția situațiilor care nu puteau fi evitate prin voința Asiguratului.
  - vătămrile sănătății cauzate de tentative de suicid, de tratamente de vindecare sau de intervenții pe care Asiguratul le aplică sau care sunt aplicate asupra corpului său, inclusiv acțiuni de mutilare și automutilare. Protecția din asigurare se menține totuși, dacă tratamentele de vindecare, intervențiile, precum și procedurile de diagnostic și de terapie cu raze, au fost impuse de un accident care intră sub protecția asigurării.
  - infecțiile. Protecția din asigurare se menține totuși, atunci când agenții patogeni au pătruns în corp datorită unei leziuni provocate de un accident care intră sub protecția asigurării. Nu sunt însă considerate răni provocate de accident, leziunile superficiale ale pielii sau ale mucoaselor, prin care agenții patogeni ajung imediat sau mai târziu în corp, cu excepția turbării și a tetanosului.
  - otrăviri și intoxicații prin introducerea de substanțe fluide sau solide în gură.
  - rupturile abdomenului. Protecția din asigurare se menține totuși, dacă aceste rupturi au fost cauzate de o acțiune violentă și venită din afară, care intră sub protecția asigurării.
  - hernia de disc intervertebral.

- accidentele survenite ca urmare a unor dereglări patologice din cauza unor reacții psihice, indiferent de factorii generatori.
  - orice afecțiune, vătămare corporală sau deces al Asiguratului, în legătură cu SIDA, infecții HIV și/sau infecții aflate în relație cu SIDA.
  - orice afecțiune, vătămare corporală sau deces al Asiguratului, în legătură cu azbest sau orice materiale sau operațiuni/lucrări în legătură cu azbestul; această asigurare nu acoperă daune, pierderi, costuri sau cheltuieli de orice natură cauzate direct sau indirect, rezultând din, întâmplate prin, derivate din sau aflate în conexiune cu orice răspundere sau daună sau pagubă în legătură cu azbestul sau orice material conținând azbest sau cu orice lucrare/operațiune în care se folosește azbest, indiferent de cantitate.
- 5.2. Nu constituie accident:
- a) urmările bolilor profesionale și a celor cauzate de meserii;
  - b) bolile transmise prin atacul animalelor (cu excepția turbării), înțepătura insectelor, mușcătura șerpilor;
  - c) malaria, tifosul exantematic și alte boli infecțioase; cauza declanșării unor boli infecțioase nu se consideră accident;
  - d) infarctul din orice cauză;
  - e) sinuciderea, chiar și în cazul în care Asiguratul a comis fapta într-o stare care exclude libera determinare a propriei voințe. Protecția din asigurare se menține însă, dacă acea stare a fost provocată de un accident care intră sub protecția asigurării.
- 5.3. Sunt excluse de sub protecția asigurării:
- a) accidentele cauzate de afecțiuni preexistente la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare.
  - b) urmările oricărei boli;
  - c) accidentele petrecute în timpul practicării unor activități sportive ca amator sau profesionist;
  - d) accidentele petrecute în timpul practicării unor activități sau sporturi periculoase precum: cascadorie, pirotehnie, speologie, alpinism, parașutism, deltaplanism, utilizarea de parapante, sărituri de la înălțime cu coarda elastică, rafting, curse de cai, sporturi de autoaparare și atac, utilizarea unui snowmobil, scufundări autonome, surf și windsurf etc. precum și participarea la curse de vehicule cu motor desfășurate pe pământ, apă sau aer, zboruri cu aparate de zbor neomologate;
  - e) accidentele aeriene, în afara cazului în care Asiguratul călătorește ca pasager regulamentar al unei societăți de transport aviativ cu funcționare legală, care execută curse regulate sau zboruri "charter";
  - f) accidentul produs cu intenție de Contractant, Beneficiar sau Asigurat. În situația în care sunt mai mulți beneficiari, atunci va fi exclus numai beneficiarul care a cauzat intenționat accidentul.
- 5.4. Persoane care nu pot fi asigurate:
- a) Nu se asigură persoanele care au o invaliditate permanentă mai mare de 50% conform Tabelei Gradelor de Invaliditate (T.G.I.).
  - b) Nu pot fi asigurate și nu sunt asigurate, chiar dacă s-au plătit prime, persoanele care au nevoie de însoțitor sau asistent personal pentru îndeplinirea treburilor zilnice, conform prevederilor legale, alienații.  
Primele încasate, începând cu contractarea asigurării, pentru persoanele care au nevoie de însoțitor sau asistent personal pentru îndeplinirea treburilor zilnice, conform prevederilor legale, precum și pentru alienați, vor fi restituite integral.
- 5.5. Dacă pe perioada asigurării, în urma producerii evenimentului asigurat, Asiguratul intră în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate, asigurarea se reziliază, iar primele de asigurare se restituie numai pentru Contractele de asigurare încheiate pe o durată mai mare de un an și numai pentru ani întregi de asigurare, următorii anului de asigurare în care s-a produs ultimul eveniment asigurat.  
Pentru acele persoane care pe durata asigurării intră în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate, fără să se fi produs evenimentul asigurat, vor fi restituite primele de asigurare care corespund perioadei de asigurare neexpirate.

## 6. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI / CONTRACTANTULUI / BENEFICIARULUI.

- 6.1. Pe durata asigurării toate schimbările activității profesionale sau ale ocupației Asiguratului, trebuie notificate în scris, în termen de 30 de zile de la data producerii schimbării, iar prima de asigurare va fi recalculată conform noii încadrări în grupa de risc, dacă este cazul.
- a) Dacă după schimbarea activității profesionale sau a ocupației Asiguratului, rezultă o primă mai mică decât cea inițială conform tarifului valabil la data schimbării, diferența de primă se va restitui la cererea Asiguratului / Contractantului.
  - b) Dacă prima recalculată ca urmare a schimbării activității profesionale va fi mai mare decât prima cuprinsă în Contractul de asigurare și Contractantul/Asiguratul nu avizează Asigurătorul cu privire la modificarea condițiilor de risc, protecția prin asigurare se menține timp de încă două luni de la data schimbării activității profesionale sau a ocupației, la sumele asigurate, respectiv indemnizațiile din asigurare inițiale. Dacă intervine un accident după scurgerea acestui termen, iar Contractantul/Asiguratul nu a avizat Asigurătorul cu privire la modificarea condițiilor de risc sau fără să se fi obținut un acord privind modificarea primei, valoarea despăgubirilor convenite din asigurare se diminuează proporțional cu raportul dintre prima de asigurare care ar fi trebuit plătită și prima de asigurare care s-a plătit.
- 6.2. Participarea la concentrări militare nu este considerată schimbare a profesiei sau a ocupației.
- 6.3. Imediat după accident Asiguratul este obligat să se prezinte, în măsura în care starea sănătății îi permite, la o unitate sanitară sau la un medic spre a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris. Dacă Asiguratul nu are această posibilitate, obligația de a-l prezenta la unitatea sanitară sau la medic și a se îngriji să urmeze tratamentul prescris o are Contractantul sau Beneficiarul. Asiguratul va respecta dispozițiile medicului și va căuta să diminueze, pe cât posibil, consecințele accidentului.
- 6.4. Asiguratul se va îngriji ca informațiile și expertizele cerute de Asigurător să fie depuse cât mai urgent cu putință, în scopul stabilirii gradului de invaliditate.
- 6.5. Asiguratul este obligat să se supună unei examinări medicale de către medici desemnați de Asigurător, pe cheltuiala Asigurătorului.
- 6.6. Medicii care au examinat sau tratat Asiguratul și cu alte ocazii, alte societăți de asigurare și autorități, vor fi împuternicite de Asigurat să dea Asigurătorului toate informațiile necesare cu privire la persoana sa.

6.7. Pentru a putea beneficia de despăgubirea din asigurare, Beneficiarul trebuie să prezinte

Asigurătorului următoarele documente și acte:

- Polița de asigurare în original;
  - dovada achitării primei/ratelor de primă de asigurare în original;
  - cererea de despăgubire;
  - procesul verbal de constatare a accidentului de muncă, dacă accidentul s-a produs la locul de muncă al persoanei asigurate;
  - procesul verbal sau alte documente, din care să rezulte data, locul și împrejurările accidentului, dacă accidentul nu s-a produs la locul de muncă;
  - acte medicale emise de unitățile care au acordat primul ajutor după accident și/sau au examinat și tratat Asiguratul ulterior;
  - orice alte mijloace legale de probă, inclusiv declarații ale martorilor autentificate sau date în fața reprezentanților Asigurătorului, abilitați în acest sens;
  - adeverință de la locul de muncă care să ateste ocupația Asiguratului la data producerii evenimentului asigurat;
  - pentru cheltuielile suplimentare legate de accident: facturi, chitanțe, rețete și alte acte justificative în original, emise pe numele Asiguratului, care să permită Asigurătorului determinarea exactă a mărimii cheltuielilor efectuate de Asigurat/Beneficiar.
- 6.8. În cazul decesului Asiguratului cauzat de accident, decesul trebuie comunicat în scris Asigurătorului în termen de 48 de ore de la producerea acestuia, cu excepția forței majore, situație în care termenul de 48 de ore începe să curgă de la încetarea acesteia.
- 6.9. Asigurătorul este îndreptățit să ceară examinarea corpului Asiguratului decedat și să solicite autopsierea de către medicul desemnat de Asigurător, pe cheltuiala Asigurătorului.
- 6.10. În caz de deces al Asiguratului, pe lângă documentele și actele menționate mai sus, mai trebuie depuse:
- certificatul de deces al Asiguratului în original sau în copie legalizată;
  - certificatul medical constatator al decesului;
  - cererea(rile) Beneficiarului(ilor) asigurării;
  - acte care să dovedească calitatea de Beneficiar(i);
- 6.11. Pentru documentele solicitate în original, Asigurătorul certifică autenticitatea acestora și reține numai copiile care, împreună cu toate celelalte documente solicitate, devin proprietatea Asigurătorului.
- 6.12. În cazul în care obligația de înștiințare a decesului este neglijată cu intenție, sau în cazul în care aprobarea pentru cercetarea sau autopsierea corpului Asiguratului decedat este refuzată, Asigurătorul este absolvit de obligația sa ce rezultă din asigurare.

## **7. OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI DUPĂ PRODUCEREA EVENIMENTULUI ASIGURAT.**

- 7.1. De îndată ce Asigurătorul a primit documentele și actele pe care Asiguratul trebuie să le depună în legătură cu consecințele accidentului, precum și după terminarea tratamentului medical necesar pentru stabilirea gradului de invaliditate permanentă, Asigurătorul este obligat, în termen de o lună - iar în caz de invaliditate reclamată de Asigurat, în termen de 3 luni - de la data primirii ultimului act, să se pronunțe dacă recunoaște dreptul Asiguratului la plata despăgubirii din asigurare și cuantumul acesteia.
- 7.2. În cazul în care Asigurătorul recunoaște dreptul la plata despăgubirii, sau în cazul în care Asigurătorul și Asiguratul au convenit în privința cauzei accidentului și a gradului de invaliditate, Asigurătorul face plata în decurs de 30 zile de la recunoașterea acestui drept.
- 7.3. Asiguratul are dreptul, în cazuri justificate, să solicite Asigurătorului o nouă examinare medicală în cel mult 2 ani de la data producerii accidentului. Asigurătorul este obligat să primească această cerere, să stabilească și să plătească pe baza actelor medicale eventualele diferențe. În acest caz, Asiguratul trebuie să facă dovada faptului că gradul de invaliditate stabilit în urma reexaminării se datorează aceluiași accident survenit pe perioada asigurării.
- 7.4. În cazul producerii decesului Asiguratului cauzat de accident, după examinarea documentelor depuse de Beneficiar(i) și a celor procurate de Asigurător, acesta are obligația ca în termen de 30 de zile de la data primirii ultimului act, să declare față de Beneficiar(i) care este cuantumul despăgubirii. Plata drepturilor din asigurare se va face în decurs de 15 zile de la data stabilirii cuantumului acestora.

## **8. BENEFICIARUL DREPTURILOR DIN ASIGURARE.**

- 8.1. În cazul producerii unui accident care a determinat vătămarea sănătății Asiguratului, sumele datorate de Asigurător pentru prestațiile convenite prevăzute în prezenta asigurare, se achită Asiguratului.
- 8.2. În cazul decesului Asiguratului, dacă nu s-a desemnat un Beneficiar, drepturile din asigurare se plătesc moștenitorilor legali ai Asiguratului.  
Dacă Beneficiarul este minor la data producerii evenimentului asigurat, plata indemnizației de asigurare se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 8.3. Desemnarea Beneficiarului se poate face fie la încheierea Contractului de asigurare, fie în cursul executării acestuia, prin declarația scrisă comunicată Asigurătorului de către Asigurat sau de Contractant cu acordul Asiguratului, ori prin testament.
- 8.4. Înlocuirea sau revocarea Beneficiarului se poate face oricând în cursul executării Contractului de asigurare, în modul prevăzut la articolul precedent.
- 8.5. În cazul în care Beneficiarul desemnat a decedat după producerea evenimentului asigurat, dar înainte de a intra în posesia drepturilor din asigurare, acestea revin moștenitorilor săi legali.
- 8.6. Dacă unul din Beneficiari a produs intenționat decesul Asiguratului, drepturile din asigurare se plătesc celorlalți Beneficiari desemnați în Contractul de asigurare. Când cel care a produs intenționat decesul Asiguratului este Beneficiar unic, drepturile

din asigurare se plătesc moștenitorilor legali ai Asiguratului. Asigurătorul este îndreptățit să amâne orice plată până la rămânerea definitivă a unei hotărâri judecătorești prin care se constată vinovăția Beneficiarului.

- 8.7. În cazul în care au fost desemnați mai mulți Beneficiari, fără a se specifica cota parte care revine fiecăruia dintre ei, repartizarea drepturilor din asigurare se va face în părți egale.
- 8.8. Asigurătorul achită drepturile din asigurare Beneficiarului, pe cheltuiala acestuia. În cazul transmiterii sumelor în afara teritoriului României, Beneficiarul suportă riscurile legate de această transmitere.

## **9. CESIONAREA DREPTURILOR DE DESPĂGUBIRE.**

- 9.1. În cazul producerii unui eveniment asigurat pe baza unui Contract de asigurare care cuprinde o clauză de cesionare a despăgubirii convenite în favoarea unui creditor, despăgubirea convenită va fi achitată direct creditorului respectiv, până la concurența valorii dreptului său, iar Asiguratului i se va achita numai diferența. Cu acordul creditorului despăgubirea poate fi acordată Asiguratului.
- 9.2. Asiguratul/Contractantul nu poate cesiona Contractul de asigurare unei terțe părți decât cu acordul scris al Asiguratorului și cu înscrierea cesiunii respective în Contractul de asigurare sau într-un act aditional la acesta. Asiguratul poate ceda dreptul la primirea despăgubirii convenite după producerea evenimentului asigurat, cu condiția ca această cedare să nu determine o creștere a riscului asigurat. Cel în favoarea căruia se cesionează Contractul de asigurare de către Asigurat/Contractant nu va avea calitatea de Asigurat și nu va avea decât acele drepturi pe care le are Asiguratul la momentul cesiunii și doar în cuantumul valorii dreptului său.

## **10. SUBROGARE.**

- 10.1. În urma producerii unui eveniment asigurat Asigurătorul are dreptul la acțiune de regres împotriva persoanelor vinovate de producerea sau mărirea daunei, pentru partea de daună care s-a mărit, după plata despăgubirii convenite și în limita acesteia, fiind subrogat în toate drepturile Asiguratului și/sau Contractantului și/sau Beneficiarului Contractului de asigurare contra terților răspunzători.
- 10.2. Asiguratul și/sau Contractantul și/sau Beneficiarul Contractului de asigurare răspund față de Asigurător pentru prejudiciile aduse prin acte care ar împiedica exercitarea dreptului de regres împotriva persoanelor răspunzătoare de producerea daunei ori de mărirea acesteia, pentru partea de daună care s-a mărit.
- 10.3. Dacă Asiguratul sau după caz, Contractantul și/sau Beneficiarul renunță la drepturile sale de despăgubire față de terții răspunzători, dă descărcare sau face o tranzacție etc., despăgubirea ce s-ar cuveni Asiguratului sau după caz, Beneficiarului se va reduce în mod corespunzător cu sumele care au făcut obiectul acestor acte juridice.

Dacă plata despăgubirii a fost deja efectuată, Asiguratul sau după caz, Beneficiarul este obligat să înapoieze sumele care au făcut obiectul actelor juridice prin care a renunțat la drepturile sale de despăgubire față de terții răspunzători, a dat descărcare sau a făcut o tranzacție etc.

## **11. DISPOZIȚII FINALE.**

- 11.1. Drepturile ce decurg din Contractul de asigurare se datorează, independent de sumele convenite Asiguratului sau Beneficiarului din asigurările sociale, de repararea prejudiciului de cei răspunzători de producerea sa, precum și de sumele primite de la alți asigurători în temeiul altor contracte de asigurare.  
Creditorii Asiguratului nu au dreptul să urmărească drepturile din asigurare convenite Beneficiarului asigurării.
- 11.2. Toate dispozițiile prevăzute în Contractul de asigurare sunt opozabile Beneficiarilor, precum și succesorilor de drept prevăzuți în prezentele Condiții specifice de asigurare.
- 11.3. În cazul în care Asiguratul se află pentru un timp mai îndelungat în afara teritoriului României, ar fi în interesul său și indicat să comunice Asigurătorului adresa unei persoane din țară împuternicită să primească mesajele care îi sunt destinate (împuternicit pentru comunicări și transmiteri).

## **12. DEFINIȚII.**

- 12.1. Asigurat: orice persoană fizică, a cărei viață sau integritate corporală constituie obiectul asigurării.
- 12.2. Accident: un eveniment neprevăzut, subit, provenit din afară și fără voința persoanei asigurate, care afectează viața, integritatea corporală sau capacitatea de a desfășura activitatea profesională conform experienței, educației și pregătirii și/sau conduce în mod direct sau indirect la decesul Asiguratului.
- 12.2.1. Accidentele cuprinse în asigurare sunt următoarele evenimente subite, provenite din afară și fără voința Asiguratului: explozia, lovirea, căderea, alunecarea, înțeparea, tăierea, atacul din partea unei persoane sau animal, trăsnetul, acțiunea curentului electric, arsura, degerarea, înecul, intoxicația subită, asfixierea din cauze subite (cu excepția bolilor profesionale), evenimentele produse ca urmare a circulației mijloacelor de transport sau din cauza accidentelor produse acestora, de funcționarea sau folosirea mașinilor, aparatelor, instrumentelor, sculelor sau armelor, urmările imediate (deces sau invaliditate permanentă) ale efortului fizic excesiv, impus de forța majoră.
- 12.2.2. Se consideră accident:
- cazul în care, datorită unui efort fizic mărit al membrilor sau al coloanei vertebrale, o articulație suferă o luxație ori mușchii, tendoanele, ligamentele sau capsulele sunt rupte sau suferă o entorsă.
  - orice leziune a meniscului, dar numai atunci când s-a produs pentru prima oară ca urmare a unui accident care intră sub protecția asigurării.



- accidentul suferit ca urmare a unei acțiuni întreprinse din proprie inițiativă pentru prevenirea ori înlăturarea unui pericol care amenință avutul public, sau pentru salvarea de vieți omenești.
- 12.2.3. În cadrul noțiunii de accident sunt incluse și accidentele determinate de fenomene sau calamități naturale cum ar fi: furtuna, viscol, cutremur, inundație, alunecări de teren, trăsnet, etc.
- 12.3. Afecțiune/vătămare/condiție medicală preexistentă: o leziune sau boală sau consecințele ei, precum și orice manifestare patologică sau altă condiție medicală rezultată în urma unei boli sau a unui accident care a apărut anterior datei intrării în vigoare a Contractului de asigurare, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, pentru care Asiguratul:
- a fost diagnosticat; sau
  - a solicitat sau a primit tratament sau servicii medicale; sau
  - a urmat un tratament prescris; sau
  - Asiguratul știa de existența acesteia; sau
  - manifestările bolii, simptomele și semnele, nu puteau trece neobservate;
- 12.4. Convalescență post-spitalizare: perioada în care Asiguratul, după ieșirea din spital, urmează tratamentul și repausul recomandat de un medic de specialitate însă nu poate să-și continue, activitatea profesională;
- 12.5. Certificat medical: document tipizat cu regim special, emis pe numele și datele de identificare a Asiguratului, de o persoană autorizată legal pentru a practica medicina (alta decât Asiguratul sau o ruda și/sau afin al Asiguratului) prin care se dovedește concediul medical al Asiguratului;
- 12.6. Concediu medical: număr de zile pentru care se întrerupe activitatea Asiguratului, în calitate de salariat, ca urmare a unui eveniment asigurat.
- 12.7. Invaliditate permanentă: prejudicierea corporală permanentă a Asiguratului ca urmare a unui eveniment asigurat, care are drept consecință reducerea potențialului fizic, psihosenzorial sau intelectual, ivită în curs de cel mult un an de la data evenimentului asigurat, consolidată și nesusceptibilă de ameliorări.  
Invaliditate permanentă totală: pierderea de către Asigurat în mod permanent și total, a capacității de a exercita orice profesie sau meserie, remunerate sau aducătoare de profit, datorate unui eveniment asigurat survenit în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.  
Invaliditate permanentă parțială: pierderea parțială de către asigurat a capacității anatomice și funcționale a unui organ sau sistem, datorită unui eveniment asigurat survenit în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.
- 12.8. Incapacitate temporară de muncă: acea situație apărută ca urmare a unui accident suferit de Asigurat, care îl împiedică în totalitate pe acesta să desfășoare orice activitate pe o perioadă de timp limitată, dovedită prin documente medicale eliberate de o unitate medicală autorizată;
- 12.9. Intervenție chirurgicală: o procedură medicală efectuată exclusiv în scop terapeutic la recomandarea unui medic de specialitate și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
- a) este practică de către unul sau mai mulți chirurghi cu drept de exercitare a profesiei, în secția de chirurgie a unui Spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
  - b) implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii;
- 12.10. Spital: instituție medicală de tratament, publică sau privată, cu paturi, care îndeplinește simultan următoarele condiții:
- a) funcționează în conformitate cu legile României, având toate autorizațiile necesare;
  - b) are ca activitate principală acordarea de servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG);
  - c) dispune de aparatură și echipamente medicale adecvate și de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare, pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, corespunzător diagnosticului principal formulat la internarea pacientului;
  - d) dispune de un serviciu de gardă permanentă cu medici și personal auxiliar;
    - a) policlinicile;
    - b) clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;
    - c) casele de odihnă sau convalescență;
    - d) sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de ftiziologie;
    - e) azilele de bătrâni și unitățile destinate internării cazurilor sociale;
    - f) cabinetele fizioterapeutice și sanatoriile balneare;
    - g) instituțiile de "nursing" sau de îngrijiri medicale la domiciliu și structurile pentru "spitalizare de zi";
    - h) instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
    - i) unitățile pentru tratarea persoanelor dependente de alcool sau de narcotice;
- 12.11. Spitalizare: timpul în care o persoană este internată și îngrijită într-un spital cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru urmările unui eveniment asigurat, cu condiția ca acest timp să cuprindă cel puțin o noapte. Este acoperită numai spitalizarea efectuată la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medicochirurgicale.  
Nu este considerată spitalizare în sensul prezentelor condiții de asigurare, internarea în vederea tratării unor boli cronice preexistente ori internarea cu scop de odihnă, cură de dezintoxicare, geriatrie.
- 12.12. Vătămare corporală: orice leziune fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un eveniment asigurat produs în perioada de valabilitate a asigurării;

TABEL CU PROCENTE PENTRU INTERVENȚII CHIRURGICALE:	
CRANIU	
Îndepărtarea de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30%
Pierderea de substanță osoasă în toată grosimea cutiei craniene:	
- pe o suprafață de până la 2 cm <sup>2</sup>	10%
- pe o suprafață între 2 și 10 cm <sup>2</sup>	20%
- pe o suprafață mai mare de 10 cm <sup>2</sup>	40%
Intervenție chirurgicală pentru fractură craniană	75%
Intervenție chirurgicală pentru corpi străini intracranieni	50%
URECHE	
Intervenție chirurgicală:	
- în caz de pierdere parțială a pavilionului urechii:	
- la o ureche	3%
- la ambele urechi	6%
- în caz de pierdere totală a pavilionului urechii:	
- la o ureche	6%
- la ambele urechi	12%
Intervenție chirurgicală asupra timpanului	6%
Timpanoplastie	75%
Mastoidectomie (unilateral)	50%
Mastoidectomie (bilateral)	60%
Intervenții chirurgicale pentru traumatisme ale urechii interne	75%
OCHI	
Deformarea post-traumatică a marginilor palpebrale (pleoapele)	15%
Fistule post-traumatice:	
- la un ochi	10%
- la ambii ochi	25%
Dezlipire de retină	75%
Cataractă traumatică operată	65%
Ulcer corneean; opacitate corneeană post-traumatică	60%
Luxația traumatică a cristalinului	60%
Enuclearea globului ocular	75%
NAS; SINUS MAXILAR	
Deviația de sept nazal post-traumatică	25%
Intervenție chirurgicală pentru traumatism al sinusului maxilar:	
- unilateral	30%
- bilateral	50%
Stenoză post-traumatică:	
- unilaterală	15%
- bilaterală	25%
GURĂ; MAXILAR	
Operație a buzelor, consecință a unui traumatism	20%
Fracturi ale maxilarului superior (post-traumatic)	40%
Fracturi ale maxilarului inferior (post-traumatic)	30%
Pierderea arcadei dentare superioare sau inferioare	50%
Intervenție chirurgicală pe maxilar pentru pierderea post-traumatică a dinților:	
- 1 - 2 dinți	5%
- 3 - 5 dinți	10%
- mai mult de 5 dinți	20%
Disecția frâului limbii	10%
Intervenție pentru leziuni traumatice în 1/3 anterioară a limbii	15%
Intervenție pentru amputația traumatică totală a limbii	50%
FARINGE; ESOFAG	
Intervenții chirurgicale pentru leziuni traumatice ce duc la îngustarea cu jenă marcată în deglutiție (sau pentru ingerări neprevăzute de substanțe corozive)	75%
LARINGE	
Laringectomie și traheotomie (post-traumatice):	
- traheotomie	50%
- laringectomie	75%
Intervenții în cazuri de îngreunare a vorbirii prin traumatisme (sau agresiuni ale ingerării de substanțe corozive) asupra corzilor vocale	75%
TORACE	

Traumatisme toracice cu fracturi deschise:	
- interesând tegumentul	25%
- interesând pleura	50%
- interesând pleura și plămânul	75%
Fracturi de stern cu deplasarea fragmentelor	25%
Rupturi diafragmatice	50%
Toracotomie-toracoplastie completă	75%
Lobectomie	75%
Pneumectomie	100%
Bronhoscopie operativă (nu pentru biopsie)	20%
Toracectomie pentru tratamentul organelor interne afectate	75%
ABDOMEN	
Insuficiență musculo-aponevrotică; eventrație post-traumatică	25%
Hernii abdominale post-traumatice	50%
Rezecții de stomac, rupturi ale ficatului (hepatectomie parțială), ale vezicii biliare (colecistectomie), ale căilor biliare	75%
Splenectomie post-traumatică	75%
Ruptură de pancreas	75%
Perforație de duoden	50%
Ruptură de intestin subțire:	
- fără rezecție	40%
- cu rezecție	60%
Anus contra naturii sau fistule intestinale după leziuni traumatice ale intestinului	85%
Ruptură de intestin gros:	
- fără rezecție	30%
- cu rezecție	60%
Laparatomie în scop de diagnostic sau tratament, impusă de un accident	50%
APARAT URO-GENITAL	
Nefrectomie post-traumatică	80%
Ruptură de ureter post-traumatică	50%
Ruptură post-traumatică a vezicii urinare	50%
Ruptură de uretră; hematom uretral	45%
Amputare traumatică totală sau parțială a penisului	75%
Extirpare post-traumatică a unui ovar sau a unui testicul:	50%
- a ambelor	80%
Intervenție chirurgicală pentru hematocele sau hidrocele (post-traumatic)	30%
Intervenție chirurgicală pentru prolaps uterin post-traumatic	35%
ARTICULAȚII; LUXAȚII; FRACTURI; OPERAȚII ORTOPEDICE	
Incizie articulară, fără extracția lichidului	15%
Incizie la umăr, cot, șold sau genunchi	50%
Fixarea prin operație, dezarticularea sau artroplastia la:	
- coloana vertebrală	75%
- șold	75%
- umăr	75%
- genunchi	30%
- cot	30%
- încheietura mâinii	30%
- gleznă	30%
Luxația la:	
- degetele de la mână sau picior (pentru fiecare)	5%
- umăr, cot, încheietura mâinii sau gleznă	15%
- mandibulă	5%
- șold	20%
- rotulă	10%
* Pentru luxațiile ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, procentajul se dublează.	
Fracturi:	
- claviculă, omoplat sau antebraț - un singur os	15%
- antebraț - ambele oase	30%
- humerus	25%
- articulația pumnului	10%
- carpiene, metacarpiene, falange	10%
- femur	40%
- tibie și peroneu	30%

- tarsiene, metatarsiene, calcaneu	10%
- bazin	30%
- vertebre, fractură prin compresie	40%
* Dacă fractura este deschisă sau cominutivă, procentele de mai sus se dublează.	
Patelectomie	50%
Operație de menisc	50%
TENDOANE	
Tendonectomie	20%
Rafie tendon (sutură)	30%
Transplant de tendon	45%
VENE	
Intervenție chirurgicală pentru varice sângerânde post-traumatic	
- la un picior	20%
- la ambele picioare	30%
Tromboflebită post-traumatică ce a necesitat intervenție chirurgicală	50%
PIERDERI SAU INCAPACITĂȚI FUNCȚIONALE	
- ale unui braț din articulația scapulo-humerală	65%
- ale unui braț până deasupra articulației humero-cubitale (cotului)	60%
- ale unui braț sub articulația humero-cubitală (cotului)	50%
- ale unei mâini la încheietura mâinii	30%
- ale unui police (deget mare):	
- pierdere parțială	10%
- pierdere totală	20%
- ale unui alt deget	5%
- ale unui picior deasupra mijlocului femurului	65%
- ale unui picior până la mijlocul femurului	60%
- ale unui picior până sub genunchi	50%
- ale unui picior până la mijlocul gambei	45%
- ale unui picior deasupra gleznei	40%
- ale unui picior sub gleznă	35%
- ale degetului mare de la picior (haluce)	5%
- ale unui alt deget de la picior	2%
Pentru intervențiile chirurgicale ce nu se regăsesc în acest tabel, se acordă procentul prin asimilare, în funcție de localizarea și gravitatea intervenției.	