

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Relațiile contractuale dintre Asigurător, Contractant și Asigurat vor fi guvernate de prezentele Condiții Generale de asigurare, care sunt completate și, dacă este cazul, modificate de Condițiile Specifice și de precizările din Polița de asigurare, respectiv din Actele adiționale.
- 1.2. Prin Contractul de asigurare de sănătate, Asigurătorul se obligă să permită Asiguratului accesul la Servicii medicale sau să achite Indemnizația de asigurare cuvenită conform Contractului în baza respectării Condițiilor de asigurare și a oricăror altor elemente stabilite de comun acord și comunicate în scris de către părți și cu condiția ca Prima de asigurare să fi fost achitată în cuantumul și la scadențele prevăzute în Contractul de asigurare.

2. PIAȚĂ ȚINTĂ ȘI CONDIȚII DE ELIGIBILITATE

- 2.1. Serviciile medicale sunt acoperite conform Schemei de beneficii doar dacă sunt efectuate pe teritoriul României, cu excepția situațiilor menționate în mod expres în Condițiile de asigurare, în Polița de asigurare și/sau în Actele adiționale agreeate și semnate de către Asigurător și Contractant.
- 2.2. Contractantul asigurării poate fi o persoană juridică înregistrată în România, care justifică un interes asigurabil în relația pe care o are cu Asiguratul.
- 2.3. Asiguratul trebuie să fie cetățean român sau cetățean al unui stat membru al Uniunii Europene, cu domiciliul în România, respectiv rezident în România.

2.4. Categoriile de asigurați

Categoria 1: angajatul/colaboratorul Contractantului, membrul unei asociații/sindicat sau alte entități juridice similare, care își îndeplinește activitățile/obligățiile uzuale asumate în relația cu Contractantul și care are vârsta cuprinsă între 16 și 65 ani inclusiv.

Categoria 2: soțul / soția, respectiv partenerul/ partenera de viață a Asiguratului din Categoria 1, cu vârsta cuprinsă între 16 și 65 de ani și copii aflați în întreținerea Asiguratului, cu vârsta cuprinsă între 0 și 25 de ani. Asigurații din Categoria 2 nu pot fi incluși în Contractul de asigurare, dacă angajatul Contractantului nu are calitatea de Asigurat, Categoria 1.

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

Vârsta maximă la expirarea acoperirii prin asigurare în cazul Asiguraților copii este de 26 ani, respectiv 66 de ani în cazul Asiguraților adulți. După împlinirea acestor vârste, persoanele respective sunt considerate ca fiind în afara asigurării de la momentul de început al noului an de asigurare (dacă contractul de asigurare este reînnoit).

Vârsta este determinată ca vârsta împlinită a persoanei asigurate la data începutului asigurării.

2.5. Preluarea în asigurare

Categoria 1: la data începerii asigurării pentru angajații activi, sau în maxim 30 zile de la data angajării pentru noii angajați;

Categoria 2: în cazul în care Asigurătorul și Contractantul agreează cu privire la preluarea în asigurare și a membrilor de familie ai angajatului Contractantului, aceștia vor fi preluați în asigurare în maxim 30 zile de la data includerii Asiguratului aferent din Categoria 1, sau în maxim 30 zile de la data îndeplinirii condițiilor de la Art. 2.4.

3. DEFINIȚII

- 3.1. **Asigurător:** UNIQA Asigurări S.A., societate administrată în sistem dualist, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară să desfășoare activități de asigurări.
- 3.2. **Asigurat:** Persoană fizică, angajat/colaborator al titularului Poliței, membrul unei asociații/sindicat sau alte entități juridice similare, care își îndeplinește activitățile/obligățiile uzuale asumate în relația cu titularul Poliței de asigurare sau membru al familiei acestuia, a cărei stare de sănătate constituie obiectul Contractului de asigurare de Grup și care poate beneficia de serviciile incluse în contractul de asigurare.
- 3.3. **Asigurare de Grup:** Asigurare acordată unui anumit număr de Asigurați (minim 10), în care Contractantul este angajatorul persoanelor asigurate.
- 3.4. **Act adițional:** Document, parte integrantă din Contractul de asigurare, care se emite ulterior Datei de început a Contractului de asigurare și care, reglementează o modificare a Contractului. Prin semnarea acestuia, Contractantul și Asigurătorul consimt că sunt de acord cu modificarea respectivă.
- 3.5. **An de asigurare:** Perioada de 12 (douăsprezece) luni consecutive cuprinsă între Data de început și Data de încetare a Contractului de asigurare de Grup.

UNIQA Asigurări SA
Str. Nicolae Caramfil, nr.25, sector 1, București
Înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului J/40/13092/2004,
Identificator unic la Nivel European (EUID): ROONRC. J/40/13092/2004
Cod unic de înregistrare 1813613,
Societate administrată în sistem dualist
Capital social integral vărsat 323.800.600 LEI

Cont IBAN RO 81 RZBR 0000 06000 124 8004 RON - Raiffeisen Bank
Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară
Înmătrăculată în Registrul Asiguratorilor sub nr. RA – 007/10.04.2003
Cod LEI 529900EHB37379SR41
Telefon: 0374.400.400, Fax: +40 21 212.08.43
e-mail: info@uniqa.ro; www.uniqa.ro; [UNIQA.Asigurări](https://www.uniqa.ro)

- 3.6. Angajat:** Salariat care la Data de început a Asigurării este în activitate la locul de muncă.
- 3.7. Accident:** Eveniment imprevizibil, neintenționat, brusc, violent și neașteptat, generat de un factor extern organismului, cauzat de forțe externe, independent de voința Asiguratului și care provoacă acestuia în mod direct și independent de orice altă afecțiune, o vătămare corporală sau decesul, consemnate într-un document medico-legal.
- 3.8. Afecțiune (condiție) pre-existentă:** Oricare manifestare, leziune, afecțiune sau orice altă condiție medicală rezultată în urma unei Boli sau a unui Accident, existentă înaintea Datei de includere în asigurare.
- 3.9. 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 cu drept de liberă practică.
- 3.10. Boală cronică:** Afecțiune medicală cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând repetate îngrijiri medicale de specialitate (de exemplu: diabetul zaharat, hepatita cronică, pancreatita cronică, poliartrita reumatoidă, insuficiența cardiacă; enumerarea fiind exemplificativă, nu exhaustivă). În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punct de vedere al evoluției clinice.
- 3.11. Cameră de gardă:** Secție clinică ce aparține unei unități spitalicești, care are personal propriu, specializat și care este destinată triajului, evaluării și tratării pacienților cu afecțiuni acute, ce se prezintă personal sau care sunt transportați cu ambulanța.
- 3.12. Certificatul de asigurare:** Document personalizat, care confirmă drepturile și obligațiile Asigurătorului în baza Contractului de asigurare de Grup. Certificatul de asigurare va putea fi generat de către Asigurat prin intermediul aplicației pusă la dispoziție de Asigurător.
- 3.13. Consultație medicală:** Discuția medicului de specialitate cu Asiguratul, examinarea fizică a acestuia în scopul identificării simptomatologiei, istoricului afecțiunii, modificărilor evidențiate la examenul obiectiv, diagnosticului, necesarului de Servicii medicale paraclinice (analize de laborator, imagistică, explorare funcțională) și a recomandărilor de tratament.
- 3.14. 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. Acesta este reprezentat prin totalitatea documentelor și informațiilor care reglementează relațiile dintre Contractant, Asigurat și Asigurător și cuprinde: Oferta de asigurare, Polița de asigurare, Condițiile Generale de asigurare, Condițiile Specifice de asigurare, Lista asiguraților, Certificatul de asigurare al persoanelor Asigurate (dacă este cazul), Lista furnizorilor de servicii medicale din rețeaua agreată de Asigurător, orice alte documente sau prevederi speciale agreate între părți (dacă este cazul).
- 3.15. Contractant:** Persoană juridică care încheie cu Asigurătorul, pentru și în numele Asiguratului, un Contract de asigurare de Grup și care se angajează să plătească Primele de asigurare, la termenele menționate în Polița de asigurare.
- 3.16. Contact Center:** Serviciu de asistență telefonică pus la dispoziție de Asigurător, de la care se pot obține informații privind acoperirea prin asigurare, funcționarea și structura Rețelei de Parteneri Medicali, gestionarea solicitărilor sau aprobarea și /sau programarea Serviciilor medicale. Prin intermediul acestuia, Asiguratul poate face uz de drepturile ce îi revin în baza Contractului de asigurare.
- 3.17. Coplată:** Procent din costul serviciilor medicale acoperite, reprezentând partea din despăgubire care rămâne în sarcina Asiguratului și care nu se acoperă de către Asigurător.
- 3.18. Costul Serviciilor medicale:** Contravaloare a Serviciilor medicale, care se plătește de către Asigurător, Rețelei de Parteneri Medicali/Asiguratului pentru Serviciile medicale prestate/accesate, în urma producerii riscului asigurat; costul Serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare/plată și sunt emise de Partenerii Medicali din cadrul Rețelei sau de spitale publice sau Furnizori de Servicii medicale private din afara Rețelei, în funcție de acoperirile contractuale.
- 3.19. Data de început a Contractului:** Data de început a obligațiilor Asigurătorului conform Contractului de asigurare, prevăzută în Polița de asigurare, dată de la care Contractantul are obligația de a plăti prima de asigurare.
- 3.20. Data de încetare a Contractului:** Data la care obligațiile Asigurătorului încetează conform Contractului de asigurare.
- 3.21. Daunalitate/Rată de daună:** Procent al Costurilor Serviciilor medicale avizate la Asigurător raportate la primele de asigurare obținute de acesta.
- 3.22. Decontare directă:** Modalitate de plată utilizată de către Asigurător pentru achitarea către furnizorul de servicii medicale din rețeaua de parteneri a costurilor serviciilor medicale acoperite prin asigurare, după ce acestea au fost prestate Asiguratului.
- 3.23. Denunțare/Reziliere a Contractului de asigurare:** Modalități 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.
- 3.24. Diagnosticare:** Proces de identificare a unei boli sau vătămări corporale a Asiguratului în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice și consemnate într-un document medical semnat și parafat de către un medic cu drept de liberă practică medicală.
- 3.25. Dosar de daună:** Totalitatea documentelor pe baza cărora se evaluează decontarea/rambursarea Serviciilor medicale.
- 3.26. Evaluare a riscului:** Proces prin care Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica dacă, și după caz, în ce condiții va acorda acoperire prin Contractul de asigurare de Grup potențialului Asigurat sau Grup asigurat, pe baza informațiilor primite în scris.
- 3.27. Eveniment asigurat:** Serviciu medical prestat unui Asigurat în caz de necesitate medicală ca urmare a unei boli, vătămări corporale, afecțiuni sau a consecințelor unui accident, pe perioada de valabilitate a Contractului, conform Listei de acoperiri din Condițiile Specifice, accesat în limitele Contractului de asigurare.
- 3.28. Excluderi:** Situațiile în care, Asigurătorul nu datorează Indemnizație de asigurare și/sau nu permite accesul la Serviciile medicale. Aceste situații sunt expres prevăzute în Condițiile de asigurare. Contravaloarea acelor Servicii medicale este susținută integral de către Asigurat sau de reprezentanții săi legali.
- 3.29. Formular de Autorizare:** Document eliberat de Asigurător, prin care se confirmă acoperirea serviciilor medicale ce urmează a fi efectuate de Asigurat, în cadrul Rețelei de Parteneri Medicali.
- 3.30. Franșiză:** Sumă fixă care rămâne în sarcina Asiguratului pentru serviciile medicale acoperite, după atingerea căreia Asigurătorul preia plata despăgubirilor conform prevederilor Poliței; această sumă nu se acoperă de către Asigurător.
- 3.31. Furnizor de servicii medicale:** Unitate sanitară publică sau privată / Medic, personal medical și/sau instituție medicală, autorizată de autoritățile competente, licențiată să furnizează servicii medicale și care emite documente justificative, valabile din punct de vedere medico-legal pentru decontarea Serviciilor medicale prestate.

- 3.32. Grup asigurat:** Persoane incluse de Contractantul asigurării în Lista de asigurați și acceptate de către Asigurător ca și Asigurați în cadrul Contractului de asigurare.
- 3.33. Indemnizație de asigurare:** Sumă de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului la producerea Evenimentului asigurat, în limita agreeată între Contractant și Asigurător, la încheierea Contractului de asigurare și care, va fi calculată conform Condițiilor Specifice.
- 3.34. Interes asigurat:** Relație dintre Contractant și Asigurat, a cărei importanță justifică extinderea prejudiciului financiar de la Asigurat la Contractant și/sau de la Asigurat la membrii familiei sale, în cazul apariției Evenimentului asigurat.
- 3.35. Intervenție chirurgicală:** Procedură sau tehnică medicală efectuată de către un medic chirurg la recomandarea unui medic de specialitate, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: este practică într-un bloc operator al unei unități medicale (spital care are autorizare/ acreditare explicită pentru furnizarea serviciului medical respectiv, din partea autorităților abilitate) și presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale.
- 3.36. Inflație medicală:** Fluctuație pozitivă a costurilor din sectorul medical.
- 3.37. Intermediar:** Persoană fizică sau juridică, autorizată de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, ce desfășoară activitate de intermediere de asigurări, împuternicită în baza unei autorizații valabile, scrise din partea Asigurătorului, să încheie Contracte de asigurare cu terți, conform condițiilor stipulate în contractul de intermediere încheiat cu acesta.
- 3.38. Intervenție chirurgicală efectuată în Ambulatoriu:** Procedură sau tehnică medicală de mică chirurgie, efectuată Asiguratului, fără a fi necesară Spitalizarea.
- 3.39. Lista de acoperiri / Schema de beneficii:** Totalitatea Serviciilor medicale incluse în asigurare și a Indemnizațiilor, cu limitele și restricțiile aferente pentru fiecare, de care poate beneficia Asiguratul prin Contractul de asigurare, detaliată în Polița de asigurare și Condițiile Specifice. Lista de acoperiri poate fi structurată pe planuri de asigurare, dacă există servicii medicale și Condiții Specifice diferite fiecărui plan. Planurile de asigurare pot fi de două feluri, principale și suplimentare.
- 3.40. Medic:** Persoană care deține o diplomă medicală și este autorizată să practice această profesie, acționând în limitele specialității licenței sale.
- 3.41. Medicament:** Substanță sau asociere de substanțe sau un produs, capabil să producă efect terapeutic, și care se regăsește în Nomenclatorul medicamentelor pentru uz uman din România, publicat de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM).
- 3.42. Membru acoperit al familiei:** soț / soție, copii aflați în întreținere cu vârsta de până la 26 ani, respectiv partenerii de viață - logodnic / logodnică, concubin / concubină ai acestora (denumiți în continuare dependenți) cu condiția ca, datele de identificare ale acestora să apară pe Lista de Asigurați în calitate de membru al Grupului asigurat.
- 3.43. Moneda contractuală:** Contractul de asigurare se încheie în lei. Prima de asigurare și serviciile medicale/Indemnizațiile de asigurare vor fi achitate numai în lei.
- 3.44. Monitorizare a sarcinii:** Consultații, investigații și teste de laborator efectuate în ambulator, în timpul sarcinii și în legătură cu aceasta, pentru a urmări evoluția sa.
- 3.45. Naștere:** Act fiziologic prin care fătul este expulzat sau extras din cavitatea uterină.
- 3.46. Ofertă de asigurare:** Document furnizat de către Asigurător prin care se oferă informații cu privire la Lista de acoperiri, limite, perioadă asigurată, prime de asigurare, precum și orice alte informații relevante, și prin semnarea căruia Contractantul își exprimă consimțământul cu privire la încheierea Contractului de asigurare, Asigurătorul având dreptul de a emite Polița de asigurare.
- 3.47. Perioadă asigurată:** Perioadă fixă, cuprinsă între Data de început și Data de încetare a Contractului de asigurare, în care Asigurătorul oferă protecție prin Contractul de asigurare.
- 3.48. Perioadă de așteptare:** Perioadă fixă, menționată în Condițiile Specifice, calculată de la data intrării în asigurare a Asiguratului, în care nu este angajată răspunderea Asigurătorului pentru anumite servicii medicale achiziționate de Contractant.
- 3.49. Perioadă de grație:** Interval de timp, calculat 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 integral Prima de asigurare.
- 3.50. Perioadă de Spitalizare:** Perioada dintre data internării și data externării, astfel cum este menționată în biletul de externare al spitalului și în dosarul medical personal.
- 3.51. Plan de asigurare principal:** Plan care poate fi inclus în Lista de acoperiri, fără a fi condiționat de includerea unui plan de asigurare suplimentar.
- 3.52. Plan de asigurare suplimentar:** Plan care poate fi inclus în acoperirea Poliței de asigurare doar împreună cu un plan de asigurare principal.
- 3.53. Poliță de asigurare:** Document emis de Asigurător care certifică încheierea Contractului de asigurare și preluarea Riscului asigurat.
- 3.54. Primă de asigurare:** Sumă de bani pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului, la scadența stabilită prin Contract și menționată în Polița de asigurare, în schimbul preluării de către Asigurător a riscului asigurat.
- 3.55. Prevederi Contractuale:** Totalitatea mențiunilor din Condițiile Generale și Specifice, contractate de către Contractantul asigurării.
- 3.56. Procedură medicală efectuată în ambulatoriu:** Tehnică medicală efectuată Asiguratului, în ambulatoriu, fără a fi necesară Spitalizarea.
- 3.57. Rambursare:** Modalitatea de plată utilizată de Asigurător pentru achitarea către Asigurat a costurilor serviciilor medicale acoperite prin asigurare plătite de către Asigurat furnizorului de servicii medicale.
- 3.58. Reînnoire a Contractului de asigurare:** Procedură prin care, Contractantul poate opta înaintea Datei de încetare a Contractului de asigurare, pentru prelungirea acestuia, cu o nouă perioadă de asigurare în continuarea celei care a expirat.
- 3.59. Repunere în vigoare:** Reluarea sau continuarea protecției oferite de Contractul de asigurare întrerupt din cauza neplății Primelor de asigurare la scadență sau în perioada de grație.
- 3.60. Rețea de Parteneri Medicali:** Lista furnizorilor de servicii medicale, autorizați de autoritățile competente, cu care Asigurătorul colaborează în vederea decontării directe a serviciilor medicale prestate Asiguratului. Lista poate fi actualizată în permanență și poate fi consultată la serviciul Contact Center, prin aplicația dedicată sau pe internet, la adresa www.uniqa.ro/companii/angajatii-tai/asigurarea-privata-de-sanatate-uniteam-med.
- 3.61. 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.

- 3.62. Serviciu medical:** Act medical efectuat de către medici specialiști sau primari, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România, într-o unitate sanitară autorizată, considerat necesar din punct de vedere medical pentru diagnosticarea, evaluarea sau tratarea unei boli, vătămări corporale, afecțiuni sau consecințe ale unui accident.
- 3.63. Servicii medicale efectuate în ambulatoriu:** Totalitatea serviciilor medicale necesare folosite pentru tratarea bolilor, afecțiunilor și vătămărilor corporale care nu necesită spitalizarea persoanei asigurate.
- 3.64. Servicii medicale de prevenție/Control medical preventiv:** Servicii medicale efectuate în ambulator, fără a fi necesară recomandare sau necesitate medicală.
- 3.65. Scadență de plată:** Dată la care Contractantul trebuie să plătească Prima de asigurare, conform frecvenței de plată alese.
- 3.66. Spital:** Instituție medicală, autorizată de autoritățile competente și acreditată să acorde tratament de specialitate, care dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament și care ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea tratamentului, a procedurilor terapeutice, care sunt efectuate fiecărui pacient și a evoluției zilnice a acestora.
- 3.67. Spitalizare:** Perioada continuă de internare într-un spital, pentru minim 12 (douăsprezece) ore, cu ședere peste noapte, recomandată de un medic de specialiste, în scopul tratării bolilor, afecțiunilor și vătămărilor corporale.
- 3.68. Spitalizare de zi:** Perioada continuă de internare într-un spital, pentru maxim 12 (douăsprezece) ore, fără ședere peste noapte, recomandată de un medic de specialiste, în scopul tratării bolilor, afecțiunilor și vătămărilor corporale.
- 3.69. Sublimate de acoperire:** Sublimate valorice și/sau numerice de accesări stabilite pentru anumite servicii medicale acoperite care reprezintă maximul răspunderii asumate de Asigurător pentru respectivele servicii medicale.
- 3.70. Subgrup:** Categorie de Asigurați din cadrul unui Grup asigurat, grupați pe baza unor criterii obiective stabilite de Contractantul asigurării și acceptate de către Asigurător, cum ar fi, de exemplu: grupe de activități desfășurate, tipuri de asigurați (angajați/membri de familie), etc.
- 3.71. Sumă asigurată:** Sumă maximă în limita căreia Asigurătorul acoperă costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului sau plătește indemnizația de asigurare, în conformitate cu Condițiile Specifice de asigurare.
- 3.72. Suspensare:** Întrerupere temporară a protecției oferită de Contractul de asigurare, ca urmare a neplătii Primei de asigurare scadente, după trecerea Perioadei de grație.
- 3.73. SYSTHEMO:** Aplicație digitală care oferă persoanei asigurate acces la serviciile medicale acoperite. Utilizatorul poate gestiona documentele și rambursările, programările, și localiza cele mai apropiate clinici din Rețeaua de Parteneri Medicali.
- 3.74. Telemedicină:** Furnizarea la distanță a serviciilor medicale, prin intermediul mediilor interactive audio-video, în scopul efectuării consulturilor și a monitorizării proceselor și a examinărilor de specialitate, precum și a furnizării serviciilor de informare și educație medicală.
- 3.75. Transport medical asistat:** Transportul de urgență al pacienților care necesită monitorizare și îngrijiri medicale pe durata transportului, asigurate de medic sau asistent medical, utilizând ambulanțe tip B sau C.
- 3.76. Vătămare corporală:** Orice leziune fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical și care conduce la apariția Evenimentului asigurat.
- 3.77. Urgență medicală:** Îngrijire medicală imediată în urma unei îmbolnăviri sau a unui accident care survine brusc și neașteptat, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru evitarea pierderii unui organ sau a funcțiilor acestuia.

4. CONTRACTUL DE ASIGURARE

- 4.1.** Contractul de asigurare este constituit din Oferta de asigurare, Polița de asigurare, prezentele Condiții Generale de asigurare, Condițiile Specifice de asigurare, Lista asiguraților, Certificatul de asigurare al persoanelor Asigurate (dacă este cazul), Lista furnizorilor de servicii medicale din rețeaua agreata de Asigurător, orice alte documente sau prevederi speciale agreate între părți (dacă este cazul).
- 4.2.** Grup asigurat: minim 10 Asigurați, cu respectarea condițiilor de eligibilitate de la Art. 2.4 și 2.5. În calcularea numărului minim de persoane necesar, membrii familiei persoanei asigurate nu vor fi luați în considerare, dacă nu se specifică altfel în Condițiile de asigurare.
Încheierea unei asigurări de grup necesită de asemenea o participare minimă a angajaților ca persoane asigurate din numărul total al angajaților. Participarea minimă depinde de mărimea grupului.
- 4.3.** Grup obligatoriu: Grupul este obligatoriu dacă decizia de a încheia o asigurare de sănătate este luată de Contractant. Toți angajații și/sau membrii de familie trebuie să fie incluși în contractul de asigurare, inclusiv în subgrupuri diferite și pe acoperiri diferite.
- 4.4.** Grup voluntar: Grupul este voluntar dacă decizia de a încheia asigurarea de sănătate sau de intrare în asigurare aparține persoanelor propuse spre asigurare.
- 4.5.** Contractul de asigurare de sănătate acoperă riscurile asigurate survenite ca urmare a Afecțiunilor medicale pre-existente Datei de includere în asigurate a Asiguratului, cu excepția cazurilor menționate în cadrul Condițiilor specifice de asigurare.
- 4.6.** Contractul de asigurare de sănătate nu oferă beneficiu de maturitate sau valoare de răscumpărare.
- 4.7.** Contractantul se obligă să pună la dispoziția Asigurătorului, pentru emiterea Poliței de asigurare, următoarele documente:
- Copii ale Certificatului de înregistrare la Registrul comerțului;
 - Împuternicirea specială a persoanei care reprezintă Contractantul, în cadrul Contractului de asigurare de Grup, în situația în care, semnatarul documentelor contractuale nu are calitatea de reprezentant legal al Contractantului (original sau copie legalizată);
 - Copia actului de identitate al reprezentantului legal al societății sau al împuternicitului (conform punctului ii);
 - Lista de asigurați, conținând informații cu privire la viitoarele persoane asigurate: numele și prenumele asiguratului, CNP-ul, subgrupul din care face parte, numărul de telefon, adresa de poștă electronică (e-mail), după caz, etc. Lista de asigurați se va constitui ca și anexă la Polița de asigurare;
 - Oferta acceptată și semnată de Contractant.
- 4.8.** 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, Lista de

asigurați, la aniversarea lunară a Poliței, inclusiv pentru Asigurații care sunt incluși în Grup după Data de început a Contractului de asigurare de Grup.

4.9. În cazuri excepționale (de exemplu, sume asigurate situate în afara limitelor standard de subscriere, neîncadrarea în criteriile de eligibilitate etc.), Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita informații suplimentare necesare evaluării riscului, înainte de a decide includerea și condițiile preluării în asigurare a grupului/persoanelor în cauză.

4.10. Prima de asigurare

4.10.1. Prima de asigurare se stabilește după Evaluarea riscului preluat și depinde, printre altele de următorii factori: Lista de acoperiri/ Schema de beneficii, vârsta Asiguraților, ocupația/ domeniul de activitate, istoricul medical al grupului, mărimea grupului, cheltuielile cu administrarea Contractului, precum și inflația medicală și rata daunei în cazul reînnoirilor.

4.10.2. Prima de asigurare totală se calculează prin însumarea primelor pentru fiecare Asigurat și pentru fiecare subgrup, dacă oferta a fost structurată astfel.

4.10.3. 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 Data de expirare a Contractului, corespunzătoare numărului de asigurați care intră/ies din Grupul asigurat.

4.10.4. În cazul în care, în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, se modifică factorii inițiali aferenți structurii Grupului (vârsta Asiguraților, ocupația/ domeniul de activitate, mărimea grupului) care au influențat prima de asigurare și această schimbare determină o modificare a primei de asigurare cu mai mult de 10%, Asigurătorul va avea dreptul să recalculeze prima de asigurare în conformitate cu noua structură a grupului. Noua primă de asigurare se va aplica începând cu prima zi a lunii următoare celei în care Asigurătorul a notificat în scris Contractantul în acest sens. Dacă noua primă de asigurare nu este acceptată de Contractant, Asigurătorul poate oferi o nouă Schema de Beneficii configurată astfel încât să se adapteze la noua structură a Grupului.

4.10.5. Frecvența de plată a primei de asigurare poate fi anuală, semestrială, trimestrială sau lunară, conform opțiunii Contractantului.

4.10.6. Primele de asigurare se vor achita în moneda contractuală în care a fost emisă Polița de asigurare, conform scadențarului fără nici o altă notificare din partea Asigurătorului, iar plățile vor fi efectuate prin transfer bancar în contul Asigurătorului, cont bancar specificat în Polița de asigurare.

4.10.7. În cazul în care, Contractantul nu efectuează plata integrală în termenul menționat în scadențar, Asigurătorul are dreptul de a rezilia Polița de asigurare.

4.10.8. Contractul de asigurare intră în vigoare după efectuarea plății primei de asigurare, începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare datei creditării contului Asigurătorului cu contravaloarea integrală a Primei/ a tuturor Primelor de asigurare, datorate conform scadențelor.

4.10.9. Asigurătorul își rezervă dreptul de a actualiza Primele de asigurare, în funcție de evoluția prețului Serviciilor medicale, gradul de utilizare al Serviciilor medicale, experiența Asigurătorului pe acest produs de asigurare, eventualele schimbări legislative, eventualele schimbări în acoperirile Contractului de asigurare. Noile prime de asigurare vor fi aduse la cunoștință Contractantului în scris, cu cel puțin 30 zile înainte de sfârșitul perioadei asigurării și se vor aplica începând cu data Reînnoirii Contractului de asigurare. În cazul în care Contractantul nu acceptă noua prima de asigurare, contractul de asigurare nu va fi reînnoit. Asigurătorul își rezervă dreptul să refuze reînnoirea Poliței.

4.10.10. Contractantul beneficiază de o perioadă de grație de 15 (cincisprezece) zile calendaristice, începând cu prima zi în care Prima de asigurare este scadentă, perioadă în care Contractul de asigurare se consideră a fi în vigoare, chiar dacă nu a fost plătită Prima de asigurare.

4.11. Începutul Contractului de asigurare

4.11.1. Toate acoperirile din Contractul de asigurare devin active la data de început a Contractului de asigurare, prevăzută în Polița de asigurare (ora 00:00), sub condiția ca Prima de asigurare datorată să fie plătită conform frecvenței și termenelor agreeate în scadențar, dar nu înainte de terminarea perioadelor de așteptare, în cazul în care acestea există.

4.11.2. În cazul existenței unei Perioade de așteptare, răspunderea Asigurătorului începe după expirarea respectivei perioade. Perioada de așteptare intră în vigoare în prima zi de la data începutului asigurării (respectiv data intrării în asigurare a Asiguratului) și este aplicabilă fiecărui Asigurat. În cazul reînnoirilor, Perioada de așteptare rămasă aferentă Asiguraților care au intrat pe parcursul anului anterior contractual, se calculează ca și diferență dintre durata perioadei de așteptare și durata perioadei de asigurare din anul contractual anterior aferenta fiecărui Asigurat.

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

4.12.1. În cazul în care, Contractantul nu a achitat primele de asigurare până la Data scadentă conform termenelor agreeate cu Asigurătorul sau în timpul Perioadei de grație, la expirarea Perioadei de grație, Contractul de asigurare se suspendă, iar Asigurătorul este exonerat de plata Serviciilor medicale sau de plata oricărei Indemnizații de asigurare, ca urmare a accesării Serviciilor medicale, în perioada de Suspendare.

4.12.2. Contractul de asigurare va fi suspendat pentru neplata primelor de asigurare, pentru o perioadă de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, de la Data scadentă de plată pentru prima Prima de asigurare neachitată.

4.12.3. Asigurarea poate fi repusă în vigoare numai după transmiterea acceptului Asigurătorului, plata integrală a Primelor de asigurare restante de către Contractant și transmiterea dovezii plății către Asigurător. Repunerea în vigoare produce efecte numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei creditării contului Asigurătorului cu contravaloarea tuturor Primelor de asigurare restante, dacă Asigurătorul acceptă Repunerea în vigoare a Contractului.

4.12.4. 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.

4.12.5. În cazul în care Contractul de asigurare încetează de drept și Asigurătorul a plătit beneficiile asigurării pentru evenimente asigurate petrecute în Perioada de grație, Asigurătorul are dreptul să solicite Contractantului rambursarea sumei. Contractantul trebuie să plătească suma datorată în termen de 14 (paisprezece) zile calendaristice de la data la care primește notificare despre suma datorată.

4.13. Încetarea Contractului de asigurare

4.13.1. Contractul de asigurare își încetează efectele deplin drept, pentru toți Asigurații, fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței de judecată, în următoarele situații:

- i. La ora 24:00 a datei de expirare a Perioadei de asigurare, indicată în Polița de asigurare, dacă nu s-a operat prelungirea duratei contractuale;
- ii. Prin denunțare unilaterală, oricând pe perioada de derulare a Contractului de asigurare, realizată prin notificare scrisă de către una dintre părți, Contractant sau Asigurător, cu un termen de preaviz de cel puțin 20 (douăzeci) de zile, calculate de la data primirii notificării de către cealaltă parte;
- iii. În urma și la data pierderii personalității juridice a Contractantului, prin comasare, divizare sau dizolvare, pe durata de valabilitate a Contractului de asigurare. În caz de comasare sau de divizare, Contractul de Asigurare poate fi transferat asupra acelei persoane juridice care dobândește, ca efect al comasării sau al divizării, interes asigurabil asupra unora sau a tuturor Asiguraților. Transferul Contractului de Asigurare va fi efectuat cu acordul ambelor Părți contractante - Asigurător și noul Contractant - în condițiile ce vor fi convenite, în scris, de către Părți;
- iv. În urma și la data intrării în procedura de faliment sau lichidare/ reorganizare a Contractantului sau în cazul în care administratorii Contractantului sunt urmăriți penal pentru fapte care determină insolvabilitatea;
- v. În urma rezilierii de către Asigurător a Contractului de Asigurare, în cazul neplății Primelor de asigurare până la expirarea Perioadei de suspendare; dacă Asigurătorul plătește pe durata perioadei de grație unele beneficii ale asigurării pentru Asigurat(i), în cazul rezilierii contractului de asigurare, Asigurătorul are dreptul să revindică suma de la Contractant și/sau Asigurat(i).
- vi. În cazul în care Contractantul furnizează Asigurătorului declarații inexacte sau ascunde informații care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare sau ar fi determinat oferirea Contractului de asigurare în alte condiții. Încetarea Contractului de către Asigurător se poate aplica întregului Contract de asigurare sau doar pentru o parte, un anumit subgrup sau acoperire.
- vii. În cazul în care o parte din Contractul de asigurare este încetată la solicitarea Asigurătorului, atunci Contractantul poate înceta în același timp restul Contractului de asigurare;
- viii. În cazul în care datele de identificare ale Contractantului se regăsesc în Listele oficiale 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 este identificat ca fiind obiect al sancțiunilor internaționale;
- ix. Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare, prin notificare scrisă, fără preaviz, în termen de 20(douăzeci) de 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, mai puțin cheltuielile Serviciilor medicale efectuate până la data renunțării. Prima de asigurare nu va fi purtătoare de dobândă.

4.13.2. Pierderea calității de asigurat:

- i. Categoria 1: în cazul decesului Asiguratului, încetării Contractului de asigurare, încetării/terminării contractului de muncă între Contractant și Asigurat sau odată cu intrarea și concediu de creștere copil (doar dacă Contractantul avizează Asigurătorul în acest sens); Asigurătorul acceptă menținerea Asiguraților în asigurare pe perioada de întrerupere temporară a activității acestora, cu condiția plății continue a primelor de asigurare de către Contractant pentru toți angajații aflați în următoarele situații: concediu de odihnă, concediu fără plată, concediu de maternitate și concediu de îngrijire a copilului.
- ii. Categoria 2: în cazul decesului Asiguratului sau la data pierderii calității de asigurat a Asiguratului aferent din Categoria 1.
- iii. În cazul în care se furnizează Asigurătorului declarații inexacte sau se ascund informații cu privire la împrejurările esențiale referitoare la Riscul asigurat, informații care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, nu ar fi determinat includerea Asiguratului în Contractul de Asigurare de Grup sau ar fi determinat oferirea Serviciilor medicale în alte condiții, cu respectarea prevederilor art. 2204 din Codul civil.
- iv. În cazul refuzului de a furniza informații privind datele de identificare personală sau în cazul în care Asiguratul 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.

4.13.3. Repunerea în vigoare a Contractului de asigurare

4.11.3.1. Contractantul are dreptul de a solicita repunerea în vigoare a Contractului de asigurare, dacă se îndeplinesc următoarele condiții:

- i. Solicitarea repunerii în vigoare este primită de către Asigurător, în scris, în termen maxim de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, de la prima Data scadentă de plată pentru Prima de asigurare neachitată;
- ii. Grupul asigurat și/sau fiecare subgrup asigurat este/sunt în continuare asigurabil(i) din punct de vedere al Evaluării riscului asigurat;
- iii. Contractantul a plătit integral toate primele restante, atașând solicitării de repunere și dovada plății;

4.11.3.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza Repunerea în vigoare a Contractului de asigurare.

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

4.12. Reînnoirea Contractului de asigurare

4.12.3. Contractul de asigurare poate fi reînnoit la data expirării acestuia, în următoarele condiții:

- i. Asigurătorul să fie de acord cu reînnoirea Contractului de asigurare;
- ii. să existe continuitate în asigurare;
- iii. să se efectueze plata Primei de asigurare conform scadențelor agreeate.

4.12.4. În evaluarea riscului aferent reînnoirii Contractului de asigurare se va ține cont de caracteristicile Grupului asigurat la data reînnoirii precum și de daunalitatea înregistrată în Perioada de asigurare precedentă, de fluctuația prețurilor serviciilor medicale sau de alte costuri pe care le are Asigurătorul.

4.12.5. Propunerea de Reînnoire sau de modificare a Contractului de asigurare, inclusiv noua Primă de asigurare corespunzătoare noilor caracteristici ale Grupului asigurat, se va transmite Contractantului cu minim 30 (treizeci) de zile calendaristice, înainte de Data de expirare a Contractului de asigurare.

4.12.6. În situația în care, Contractantul acceptă condițiile de reînnoire a Contractului de asigurare comunicate de către Asigurător, acesta trebuie să transmită acceptul său Asigurătorului, cu minim 15 (cincisprezece) zile calendaristice înainte de expirarea Perioadei de asigurare. În caz contrar, Contractul de asigurare nu va fi reînnoit.

4.12.7. La Reînnoirea Contractului de asigurare, Contractantul are posibilitatea modificării frecvenței de plată a Primei de asigurare și/sau a Schemei de beneficii a Grupului asigurat.

5. SERVICIUL CONTACT CENTER, ACCESUL SI ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE

5.1. După expirarea Perioadei de așteptare, dacă aceasta există, conform mențiunilor din Oferta de asigurare sau din Condițiile Specifice, accesarea Serviciilor medicale incluse în Contractul de Asigurare se poate face în cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, precum și/sau în cadrul oricărui alt furnizor de servicii medicale, dacă părțile convin astfel. În cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, accesarea se poate face prin contactarea serviciului Contact Center sau în mod direct de către Asigurat folosind aplicația dedicată, pusă la dispoziție de Asigurător. Datele de contact și programul serviciului Contact Center sunt disponibile pe pagina de internet www.uniga.ro/companii/angajatii-tai/asigurarea-privata-de-sanatate-uniteam-med și în aplicație.

5.2. Asiguratul poate obține informații despre lista furnizorilor de servicii medicale din Rețeaua de Parteneri Medicali prin accesarea Contact Center, a paginii de internet www.uniga.ro/companii/angajatii-tai/asigurarea-privata-de-sanatate-uniteam-med sau prin aplicația dedicată, pusă la dispoziție de Asigurător.

5.3. În cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, plata serviciilor medicale se efectuează direct între Asigurător și furnizorul de servicii medicale, dacă nu este altfel agreeat între părți. Rețeaua de Parteneri Medicali se poate modifica oricând pe durata perioadei de asigurare. În cadrul unor furnizori din cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, anumite cadre medicale și/sau servicii/specialități medicale pot să nu fie disponibile pentru decontarea directă a serviciilor medicale incluse în Lista de acoperiri.

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

5.5. Prin accesarea serviciului Contact Center, Asiguratul poate obține informații privind:

- i. Serviciile medicale incluse în Contractul de asigurare;
- ii. Rețeaua de Parteneri Medicali agreeți – adrese, program de lucru, specialități disponibile;
- iii. Programarea Serviciilor medicale solicitate în intervalul programului de lucru al Partenerilor medicali și disponibilitatea acestora;
- iv. Modul de accesare al Serviciilor medicale în Rețeaua de Parteneri Medicali și în afara Rețelei de Parteneri;
- v. Coplata sau Franșiza, dacă există;
- vi. Informații cu privire la dosare de rambursare.

Toate aceste informații pot fi accesate și folosind aplicația dedicată, și în plus pot fi deschise dosare de rambursare pentru serviciile medicale accesate în afara Rețelei de Parteneri Medicali sau plata indemnizațiilor de asigurare.

5.6. Asigurații pot solicita prin intermediul serviciului Contact Center, consiliere medicală ce va fi asigurată de medici, apelul fiind direcționat către aceștia în intervalul orar disponibil pagina de internet www.uniga.ro/companii/angajatii-tai/asigurarea-privata-de-sanatate-uniteam-med. Informațiile primite de Asigurat prin intermediul Contact Center nu vor substitui un act medical și nu vor avea valoare diagnostică sau terapeutică. Asigurătorul nu va fi considerat responsabil pentru nicio declarație, care ar putea fi considerată sfat medical dat de Contact Center.

5.7. Asigurătorul acoperă Serviciile medicale necesare din punct de vedere medical, pentru o afecțiune, boală sau vătămare corporală a Asiguratului sau pentru oricare consecință a unui Accident. În plus, pentru a se efectua programarea și decontarea Serviciilor medicale, cauza care determină Evenimentul asigurat trebuie să nu fie exclusă de la acoperire, conform Art. 6. Excluderi generale și a Art. 4 din Condițiile Specifice.

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

- i. să nu fie efectuat în scop preventiv, exceptând Planurile de prevenție, monitorizare sarcină și/sau naștere, dacă sunt incluse în Pachetul de asigurare ales;
- ii. să fie o procedură de diagnostic, indicată de starea de sănătate a Asiguratului, pentru afecțiunea sau vătămarea corporală în cauză;
- iii. în privința diagnosticului, asistenței medicale și/sau a tratamentului, Serviciul medical să nu fie mai costisitor (luând în considerare toate cheltuielile implicate) decât oricare alt Serviciu medical alternativ indicat în afecțiunea, modificarea stării de sănătate sau leziunea în cauză;

- iv. să reprezinte un mijloc de asistență medicală și/sau tratament, care să aducă informații suplimentare sau să producă o evoluție pozitivă și să nu agraveze boala și/sau starea de sănătate a Asiguratului, mai mult decât orice alt mijloc alternativ de tratament sau asistență medicală.

Aceste precizări sunt valabile și pentru plata Indemnizației de asigurare sau rambursarea Serviciilor medicale accesate în afara Rețelei de Parteneri Medicali.

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

- i. informațiile/documente medicale privind starea de sănătate a Asiguratului. Asigurătorul are dreptul să solicite medicilor, personalului medical și instituțiilor medicale documente medicale privind starea de sănătate a Asiguratului și toate datele medicale legate de evenimentul asigurat;
- ii. rapoarte din literatura medicală de specialitate;
- iii. rapoarte și ghiduri medicale publicate de organizațiile naționale de sănătate recunoscute, care includ date științifice concludente;
- iv. standarde profesionale de siguranță și eficiență pentru diagnostic, asistență medicală și tratament, recunoscute în România;
- v. opinia unor specialiști medicali, recunoscuți în specialitățile implicate de afecțiunea sau leziunea în cauză;
- vi. oricare altă informație relevantă, adusă la cunoștința Asigurătorului.

Pe parcursul procesului de analiză a necesității medicale, Asigurătorul are dreptul să suspende acoperirea prin asigurare pentru orice Serviciu medical care sunt legate de Serviciul medical analizat.

Aceste precizări sunt valabile și pentru plata Indemnizației de asigurare sau rambursarea Serviciilor medicale accesate în afara Rețelei de Parteneri Medicali.

5.10. Pentru orice Serviciu medical acoperit prin Contractul de asigurare de Grup, de care a beneficiat Asiguratul în Rețeaua de Parteneri Medicali, Asigurătorul va plăti direct furnizorilor contravaloarea Serviciilor medicale furnizate Asiguratului, conform condițiilor stipulate în contractele existente dintre Asigurător și Partenerii Medicali.

5.11. Serviciile medicale acoperite trebuie să fie precizate/ incluse în Lista de acoperiri din Condițiile Specifice de asigurare corespunzătoare și pot fi decontate direct în Rețeaua de Parteneri Medicali numai dacă au fost aprobate de către Contact Center. În cazul în care s-au efectuat servicii medicale care nu sunt incluse în Lista de acoperiri, furnizorul de servicii medicale va face decontarea acestora direct cu Asiguratul. Dacă Asigurătorul a achitat deja furnizorului de servicii medicale serviciile medicale neacoperite prin asigurare, Asiguratul este obligat să ramburseze sumele corespunzătoare Asigurătorului în termen de 14 zile calendaristice de la data notificării, precum și pentru oricare daune sau pierderi suferite de Asigurător cu privire la acel serviciu medical. În cazul în care Asiguratul nu restituie în termen de 14 (paisprezece) zile calendaristice suma datorată, Asigurătorul poate deduce suma datorată din următoarele despăgubiri.

5.12. Asiguratul va primi răspunsul (acceptul sau refuzul Asigurătorului) privind programarea unui Serviciu medical în maxim 2 (două) zile lucrătoare de la data primirii informațiilor/documentelor medicale complete și necesare aprobării, fie de la Partenerul medical, fie direct de la Asigurat. Răspunsul Asigurătorului va fi transmis telefonic, prin intermediul serviciului Contact Center sau direct în aplicație.

5.13. Programarea pentru Serviciile medicale pentru care s-a primit aprobare din Contact Center va fi făcută în cel mai scurt timp posibil, în conformitate cu clauzele din Condițiile Specifice și ținând cont de preferințele Asiguratului și, totodată, de programul de lucru și disponibilitatea serviciului medical în cadrul furnizorului medical din cadrul Rețelei de Parteneri Medicali.

5.14. În situația în care, nu este posibilă prezentarea Asiguratului la data și la ora stabilită pentru a beneficia de Serviciile medicale în Rețeaua de Parteneri Medicali, Asiguratul are obligația de a anunța serviciul Contact Center cu minim 24 de 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 furnizorului medical, pentru Serviciile medicale programate și neanulate.

5.15. Persoana asigurată trebuie să prezinte furnizorului de servicii medicale din cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, înainte de efectuarea oricărui serviciu medical, cartea sa de identitate (sau certificatul de naștere pentru minori) și totodată să prezinte mesajul care va conține codul de autorizare primit de la Contact Center, care confirmă acoperirea serviciilor programate.

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

- i. Asiguratul va prelua de la personalul din recepția furnizorului de Servicii medicale Formularul de Autorizare emis de către Contact Center pentru Serviciul medical ce urmează a fi efectuat;
- ii. După efectuarea Serviciului medical, Asiguratul va verifica corectitudinea datelor și va confirma, în scris, accesarea Serviciilor medicale programate și autorizate de către Contact Center și furnizate de către furnizorul de servicii medicale prin semnarea Formularului de Autorizare în rubrica dedicată;
- iii. Asiguratul va preda Formularul de autorizare cu informațiile anterior menționate personalului din recepția Furnizorului de Servicii medicale.

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

- i. Asiguratul poate efectua investigațiile, acestea fiind pe lista celor pre-aprobate de Asigurător, urmând ca plata acestora să fie efectuată direct între Asigurător și Partenerul Medical;
- ii. Asiguratul poate accepta efectuarea investigațiilor, având obligația de a achita integral contravaloarea acestora;

- iii. Asiguratul va transmite solicitarea de decontare ulterioară către Asigurător, dacă investigațiile sunt acoperite de asigurare și nu se afla pe lista celor pre-aprobate de Asigurător.

5.27. Pentru toate serviciile medicale efectuate, Asiguratul va primi documente medico-legale/Formularul de Autorizare cu rubricile completate de către medicul examinator, date, semnate și parafate de medic. Oricare dintre aceste documente trebuie să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, simptomatologia, istoricul medical al afecțiunii, rezultatul examenului obiectiv, diagnosticul, recomandările/investigațiile medicale necesare/ tratamentele indicate, precum și data efectuării Serviciului medical, parafa și semnătura Medicului. Aceste informații sunt necesare și dacă Asiguratul accesează serviciile medicale incluse în afara Rețelei de Parteneri Medicali.

5.28. Accesarea beneficiilor incluse în asigurare, cu decontare ulterioară, între Asigurător și Asigurat

Asiguratul poate accesa beneficiile asigurării și în următoarele situații:

- i. Serviciile medicale efectuate în afara Rețelei de Parteneri Medicali;
- ii. Serviciile medicale efectuate fără Aprobarea prealabilă a Asigurătorului în cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, inclusiv în situația în care Serviciile medicale s-au efectuat în timpul/ împreună cu alte Servicii medicale autorizate sau imediat după aceea;
- iii. Indemnizațiile acoperite de asigurare.

După instrumentarea dosarului de daună, Asigurătorul va rambursa Asiguratului contravaloarea Serviciilor medicale la un nivel procentual din valoarea facturii sau va plăti Indemnizația de asigurare, menționate în Polița de asigurare.

5.29. Accesarea Serviciilor medicale cu Coplată

În cazul în care, unele Servicii medicale implică Coplată, Asiguratul va achita Coplata la accesarea Serviciului medical, direct la Partenerul Medical din Rețeaua de Parteneri Medicali agreeți. La accesarea serviciilor medicale în afara Rețelei de Parteneri Medicali, Coplata va fi dedusă din valoarea procentuală a facturii care urmează a fi rambursată Asiguratului de către Asigurător.

5.30. Accesarea Serviciilor medicale cu Franșiză

În cazul în care, unele Servicii medicale implică Franșiză, Asiguratul va achita valoarea primelor Servicii medicale accesate, direct la furnizorii medicali care pot fi din Rețeaua de Parteneri Medicali agreeți sau nu, până în momentul atingerii sumei aferentă Franșizei.

Asigurătorul preia plata despăgubirilor, după transmiterea de către Asigurat a documentelor care dovedesc plata serviciilor medicale acoperite de Contractul de asigurare și atingerea franșizei.

În cazul accesării serviciilor medicale în afara Rețelei de Parteneri Medicali și doar dacă valoarea serviciilor medicale accesate și acoperite este mai mare decât Franșiza, valoarea care urmează a fi rambursată Asiguratului de către Asigurător va fi calculată ca diferență dintre valoarea procentuală a facturii care urmează a fi rambursată Asiguratului și Franșiza.

5.31. Asiguratul trebuie să prezinte Asigurătorului o notificare scrisă în termen maxim de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data producerii Evenimentului asigurat, accesat în afara Rețelei de Parteneri Medicali, la care atașează documentele necesare evaluării, conform mențiunilor din Condițiile Generale și/sau Specifice. Nerespectarea acestui termen poate îndreptăți Asigurătorul să refuze plata, dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate împrejurările producerii Evenimentului asigurat.

5.32. Sumele asigurate sunt menționate în Polița de asigurare. După fiecare Serviciu medical accesat de Asigurat, Suma asigurată a acestuia 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. Informații despre sumele asigurate inițiale și/sau cele rămase pot fi obținute prin intermediul serviciului de Contact Center și a aplicației dedicate, pusă la dispoziție de Asigurător.

5.33. În vederea plății indemnizației sau a plății serviciilor medicale prin rambursare, Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului, Dosarul de daună/rambursare care va conține următoarele documente:

- i. În vederea plății indemnizației sau a plății serviciilor medicale prin rambursare, Asiguratul trebuie să transmită Asiguratorului prin Contact Center/aplicația dedicată, pusă la dispoziție de Asigurător, documentele necesare decontării serviciilor medicale: raportul medical sau scrisoarea medicală eliberat(ă) în urma serviciului medical efectuat în care să fie precizate următoarele informații: motivele prezentării, antecedente, diagnostic prezumtiv/final, recomandări și tratament;
- ii. Documentele medicale suplimentare emise, după caz, de Furnizorul de Servicii medicale și pentru care se solicită rambursarea serviciilor medicale/plata Indemnizației de asigurare: rezultate consultații, rezultate investigații, bilet de ieșire din spital sau oricare alte documente medicale relevante pentru decontarea serviciilor medicale ce fac obiectul dosarului de rambursare;
- iii. Documentele de plată: bonul fiscal/chitanța fiscală și factura fiscală, dacă este cazul, emise de Furnizorul de Servicii medicale unde a fost efectuat serviciul medical ce face obiectul dosarului de rambursare, 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;
- iv. Copia Actului de identitate al Asiguratului în termen de valabilitate, copia certificatului de naștere pentru Asigurații minori, pașaport și carnet de ședere cu viză de reședință în România, pentru cetățenii străini;
- v. În funcție de informațiile primite, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita alte documente medicale și legale, ca de exemplu: Foaia de observație, Fișa medicală completă (inclusiv anexe, dacă este cazul), conformă cu originalul, purtând semnătura și parafa medicului de familie, având paginile numerotate (1/n, 2/n, n/n, unde „n” este numărul total de pagini pe care îl are fișa medicală) și/sau oricare alte documente medicale referitoare la patologia ce a determinat

accesarea Serviciului medical, Raportul final al Poliției și /sau Rezultatul final al anchetei Poliției, Rezoluția Parchetului, rezultatele examenelor toxicologice - în cazul serviciilor medicale accesate ca urmare a producerii unui Accident;

- vi. Detaliile bancare personale ale Asiguratului (banca și sucursala, contul IBAN), în care dorește să fie efectuată plata Indemnizației de asigurare sau valoarea ce urmează a fi rambursată. Acest document poate fi emis de banca sau generat din aplicația băncii.

- 5.34. Documentele de la punctele iv și vi sunt necesare doar pentru primul dosar de daună/rambursare sau în cazul schimbării datelor inițiale.
- 5.35. Asiguratul va trimite toate documentele în format electronic, prin intermediul aplicației dedicate pusă la dispoziție de Asigurător sau prin e-mail la adresa disponibilă pe pagina de internet www.uniga.ro/companii/angajatii-tai/asigurarea-privata-de-sanatate-uniteam-med. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita punctual depunerea documentelor referitoare la dosarul de daună/rambursare în original.
- 5.36. Asigurătorul va rambursa serviciile medicale/plăți indemnizația prin transfer bancar, în moneda Contractului, în contul furnizat de persoana asigurată în termen de 5 (cinci) zile lucrătoare de la data la care Asigurătorul primește de la Asigurat ultimul document pentru a stabili/ determina obligația de plată. Dacă vor fi necesare documente suplimentare în afara celor trimise de Asigurat, Asigurătorul va notifica Asiguratul prin intermediul aplicației dedicate, și îi va solicita documentele necesare instrumentării Dosarului de daună. Atunci când există neînțelegere asupra cuantumului sumei de rambursat, partea necontestată din aceasta se va plăti de Asigurător, anterior soluționării de către părți a neînțelegerii.
- 5.37. Dacă nu se pot stabili cauzele și circumstanțele în care s-a produs Evenimentul asigurat, respectiv dreptul Asiguratului de a încasa contravaloarea serviciilor medicale sau Indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne rambursarea costurilor sau plata Indemnizației de asigurare, până la obținerea clarificărilor și documentelor necesare, pe care i le va solicita Asiguratului.
- 5.38. În cazul în care serviciile medicale au fost achitate de către Asigurat în altă monedă decât cea a Contractului, pentru rambursarea serviciilor medicale se va folosi ca etalon cursul de schimb al BNR valabil pentru moneda respectivă la data efectuării serviciilor medicale.
- 5.39. Documentele în limbă străină vor fi însoțite de traducerea certificată în limba română în original.
- 5.40. Plata serviciilor medicale/Indemnizației de asigurare va fi făcută Asiguratului. Plățile ce trebuie achitate Asiguraților minori vor fi efectuate în contul bancar transmis de Asiguratul adult/părintele care are și calitatea de Asigurat și/sau care a efectuat demersurile în numele copilului. Drepturile prin Asigurare au caracter personal și, prin urmare, nu se transmit moștenitorilor legali și nu se reportează.

6. EXCLUDERI GENERALE

- 6.1. Cazurile de excluderi prevăzute în prezentele Condiții Generale de asigurare se completează cu cele prevăzute în Condițiile Specifice de asigurare.
- 6.2. Responsabilitatea Asigurătorului pentru serviciile medicale acordate în urma unui eveniment asigurat este limitată. Asigurătorul nu își asumă responsabilitatea pentru acoperirea evenimentelor, serviciilor medicale și consecințele acestora, care au legătură directă sau indirectă cu:
 - a. Război, invazie, acțiune a unui inamic extern, ostilități (indiferent dacă a fost declarată stare de război sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, conspirație, insurecție, răscoală, răzvrătire militară cu sau fără uzurparea puterii, lege marțială, acte ale persoanelor răuvoitoare care acționează în numele sau în legătură cu orice organizație politică, etc. Participarea Asiguratului la serviciul militar în orice țară sau autoritate internațională, inclusiv în perioade de pace;
 - b. Acte de terorism, sabotaj; această asigurare nu acoperă daune, pierderi, costuri sau cheltuieli de orice natură cauzate direct sau indirect, rezultând din, întâmplare prin, derivate din sau în conexiune cu orice act de terorism, indiferent de orice altă cauză care contribuie direct sau indirect la respectiva daună, pierdere, cost sau cheltuială;
 - c. Reacție/radiație nucleară, contaminare/poluare radioactivă, orice fel de contaminare/poluare;
 - d. Cutremur, inundații și alte dezastre naturale;
 - e. Epidemie/pandemie confirmată de autoritățile competente;
 - f. Practicarea de către Asigurat la nivel profesionist sau amator a unui sport de tipul, dar fără a ne limita la: sport extrem, acrobații aeriene, alpinism, parașutism, schi acrobatic, sărituri cu schiurile, jet skiing, surfing, snowboarding, deltaplan, parapantă, vânătoare;
 - g. Comiterea sau încercarea de comitere cu intenție a unor fapte penale de către Asigurat sau obținerea prin acțiuni frauduloase a plăților asigurării, și inducerea intenționată în eroare a Asigurătorului;
 - h. Îngrijiri medicale care nu sunt acordate de medici sau de terapeuți autorizați și cu drept de liberă practică, tratamente sau medicamente care nu au fost prescrise de un medic autorizat, servicii medicale care sunt în afara limitelor de competență ale specialității medicale aferente medicului recomandat (de exemplu: investigații clinice și paraclinice de tip CT, RMN, analize de laborator, teste alergologice recomandate de către medicul de familie sau de către medicul de medicină generală, etc.);
 - i. Consecințele unui tratament prescris și neurmat de către un Asigurat, consecințele depășirii dozei (abuzul) în cazul medicamentelor prescrise de medicul curant;
 - j. Serviciile medicale recomandate în starea de graviditate, naștere și/sau complicațiile acestora, cu excepția planurilor aferente acestora;
 - k. Servicii medicale stomatologice, inclusiv consecințele acestora, cu excepția planurilor aferente acestora;
 - l. Servicii medicale de nutriție, cu excepția consultațiilor incluse în planurile aferente acestora;

- m. Diagnosticarea, urmărirea și tratarea bolilor mentale, psihice, psihiatrice și afecțiunilor comportamentale inclusiv consecințele acestora, cu excepția consultațiilor incluse în planurile aferente acestora;
- n. Servicii medicale privind a doua opinie medicală;
- o. Servicii medicale aferente urgențelor medicale de gradul 0 și 1, gestionate prin sistemul național de urgență la numărul de telefon 112;
- p. Servicii medicale aferente transplantului de organe în calitate de donator;
- q. Servicii medicale în legătură cu dorința de a avea copii (fertilizare in vitro, înseminare artificială etc.), infertilitatea, sterilitatea, contracepția și planning familial, avortul voluntar, disfuncții sexuale, schimbarea sexului, consecințele sarcinilor pierdute;
- r. Evenimente rezultând din/ agravate de/ al căror tratament este îngreunat de consumul alcool, consumul de droguri, narcotice, etnobotanice, produse neuropsihoactive. Dezintoxicare ca urmare a consumului de droguri sau alte narcotice, tutun și/sau alcool;
- s. Afecțiuni/boli cu transmitere sexuală, HIV și /sau stadiu final SIDA, TBC, precum și complicațiile acestora;
- t. Afecțiuni/boli genetice, precum și studiile de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic; malformații congenitale și/sau consecințele acestora;
- u. Acțiunile și consecințele bolilor sau accidentelor pe care Asiguratul și le-a provocat intenționat (otrăvire, acțiuni de auto-vătămare, automutilare, autoflagelare), sinuciderii sau tentativei de sinucidere;
- v. Proceduri medicale experimentale sau care se folosesc în cercetarea medicală, orice servicii medicale sau paramedicale nerecunoscute, neomologate de către instituțiile abilitate; servicii de medicină alternativă, naturiste, complementare sau neconvențională (cum ar fi, dar fără a se limita la: acupunctură, homeopatie, fitoterapie, medicina hiperbară și servicii ce derivă din aceasta), servicii medicale paliative, servicii medicale de genetică și biologie moleculară;
- w. Servicii medicale efectuate fără prescripție/ prescriere medicală sau fără a avea necesitate medicală, exceptând accesarea planului preventiv, dacă există (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);
- x. Servicii medicale efectuate în scop cosmetic sau estetic (inclusiv intervențiile pentru obezitate, exces ponderal, chirurgia bariatrică, implant păr, estetică dentară) și consecințele acestora;
- y. Cheltuieli de eliberare a documentelor medicale oficiale cu taxă (adeverințe medicale/fișe medicale);
- z. Servicii medicale privind corecția vederii;
- aa. Protezele/aparatele de osteosinteza existente la momentul intrării în asigurare, inclusiv înlocuirea acestora și consecințele bolii rezultate din acestea;
- bb. Spitalizarea în următoarele instituții medicale sau secții ale acestora: spitale de geriatrie și gerontologie, cămine de odihnă sau convalescență, centre menite să ofere recuperare balneo-kineto-terapeutică, tratament de reabilitare, clinici de chirurgie estetică și înfrumusețare, centre de îngrijire la domiciliu, azile, spitale sau secții psihiatrice ale spitalelor și instituții medicale pentru tratarea dependențelor;
- cc. Dispozitive medicale, medicamente sau substanțe recomandate sau folosite pe durata efectuării serviciilor medicale în ambulatoriu, cu excepția substanței de contrast aferenta investigațiilor medicale de tip RMN sau CT;
- dd. Dispozitive medicale recomandate și /sau folosite în spitalizare, cu excepția celor folosite în timpul intervenției chirurgicale;
- ee. Tratamentul efectuat/sau care continuă după data încetării Contractului de asigurare;
- ff. Asigurătorul nu va acoperi niciun Serviciu medical ce nu este specificat în mod clar ca Serviciu medical acoperit în Lista de acoperiri sau peste limitele menționate în Condițiile Generale și/ sau Specifice de asigurare și/sau prestat în afara granițelor României.

7. DREPTURI ȘI OBLIGAȚII

- 7.1.** La momentul emiterii Ofertei de asigurare, Contractantul are obligația de a furniza toate informațiile relevante în vederea evaluării riscului care va fi preluat de către Asigurător, și care vor influența prima de asigurare: structura și specificul grupului (ocupații, riscuri speciale aferente domeniului de activitate al companiei) și date statistice referitoare la istoricul medical al grupului ce urmează a fi asigurat (contracte de asigurare anterioare, statistici cu privire la concediile medicale, medicina muncii).
- 7.2.** Dacă în perioada dintre Data semnării Ofertei de asigurare și încheierea Contractului de asigurare, intervin modificări în cadrul informațiilor comunicate inițial conform Art. 7.25, Contractantul are obligația să notifice imediat, în scris, Asigurătorul, detaliind schimbarea.
- 7.3.** Dacă Contractantul nu respectă obligațiile de la Art. 7.25 și 7.26, Asigurătorul are dreptul, în termen de 15 (cincisprezece) zile calendaristice de la confirmarea încălcării acestora, să rezilieze contractul de asigurare printr-o simplă notificare scrisă, fără alte formalități și fără intervenția prealabilă a instanțelor de judecată, sau să îi propună Contractantului o ofertă pentru continuarea contractului de asigurare în baza unor noi condiții de asigurare.
- 7.4.** Asigurătorul oferă protecția din Contractul de asigurare, numai dacă Contractantul a oferit informații corecte, complete și reale la toate solicitările Asigurătorului detaliate mai sus. În situația în care, Asiguratul și/sau Contractantul are/ au un dubiu cu privire la relevanța unei anumite informații/ împrejurări, acesta/aceștia se obligă să o comunice Asigurătorului care va aprecia relevanța ei.

- 7.5.** Contractantul trebuie să aibă acordul Asiguraților cu privire la încheierea Contractului de asigurare. Contractantul se obligă să aducă la cunoștința tuturor Membrilor Grupului prevederile Contractului de asigurare și a prevederilor Condițiilor Generale, precum și a Condițiilor Specifice și a oricăror alte prevederi agreeate între părți, pe toată Durata Contractului de asigurare de Grup. Polița de asigurare împreună cu Lista de asigurați reprezintă dovada încheierii Contractului de asigurare și a includerii Asiguratului în Grupul asigurat. Polița de asigurare conține datele Asiguratorului, ale Contractantului, precum și detalii tehnice despre Contractul de asigurare. Contractantul, prin reprezentantul său legal, sau prin împuternicit, se obligă să înștiințeze Asigurații cu privire la includerea în Polița de asigurare.
- 7.6.** Obligația de plată a primelor de asigurare la scadențele menționate în Polița de asigurare aparține Contractantului, dacă nu a fost altfel agreeat de către părți.
- 7.7.** La solicitarea Asiguratorului, Asiguratul va comunica acestuia toate informațiile privind starea sa de sănătate și/sau istoricul său medical.
- 7.8.** Obligațiile Asiguratului sunt valabile atât pentru persoanele adulte care vor fi asigurate, cât și pentru copiii lor minori având calitatea de Asigurat.
- 7.9.** Contractantul are obligația de a informa Asiguratorul despre intrările/ieșirile în/din Contractul de asigurare de Grup ale Asiguraților cu cel puțin 5 (cinci) zile lucrătoare înainte de aniversarea lunară a Poliței de asigurare, modificările fiind aplicabile începând cu prima zi din următoarea lună de asigurare ulterioară notificării Asiguratorului de către Contractant. Prima de asigurare aferentă persoanelor care ies din asigurare este datorată până la sfârșitul lunii de asigurare în care persoanele respective și-au pierdut calitatea de asigurat/interesul asigurat.
- 7.10.** În cazul recalculării Primei de asigurare pentru situația modificării numărului de membri asigurați, Asiguratorul va face ajustările necesare ce vor fi agreeate de părțile contractante prin act adițional, în termen de 5 (cinci) zile lucrătoare de la data primirii înștiințării de modificare a numărului de Asigurați, de la Contractant. Asiguratorul va preciza în actul adițional, valoarea recalculată a Primei de asigurare, datorată modificării numărului de Asigurați, precum și valoarea recalculată a următoarelor rate de Primă scadente până la sfârșitul Anului contractual. Actele adiționale se emit de fiecare dată când apar fluctuații în numărul de Asigurați.
- 7.11.** În cazul în care, Asiguratul/Contractantul omite să informeze despre pierderea calității de asigurat prevăzută la Art. 4.13.2, Asiguratorul își rezervă dreptul de a se elibera de orice obligație care i-ar reveni de pe urma Contractului de asigurare, în cazul apariției evenimentului asigurat, neadus la cunoștința Asiguratorului, a făcut ca Asiguratul să fi devenit neasigurabil sau Contractul de asigurare de Grup ar fi continuat în alte condiții pentru acel Asigurat.
- 7.12.** În cazul producerii evenimentului asigurat, Asiguratul este obligat:
- 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, să urmeze cu strictețe tratamentul recomandat și să acționeze, după posibilități, pentru a reduce despăgubirea și să se abțină de la obiceiuri sau activități care îi pot afecta sau influența negativ starea de sănătate;
 - Să susțină contravaloarea serviciilor medicale care nu au o necesitate medicală, a celor care nu sunt incluse în Lista de acoperiri și a celor care depășesc limita Sumei asigurate sau limita numerică, precum și contravaloarea participării personale rezultată din coplăți sau franșize;
 - Să obțină aprobarea Asiguratorului pentru serviciile medicale solicitate/programate la furnizorii din Rețeaua de Parteneri Medicali, înainte cu cel puțin 24 (douăzeci și patru) de ore de efectuarea acestora. În cazul nerespectării acestei clauze, obligația de plată se va efectua prin rambursare.
 - Să pună la dispoziția Asiguratorului în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data efectuării serviciului medical, documentele necesare instrumentării dosarului de daună, în cazul accesării serviciilor medicale la furnizori din afara Rețelei de Parteneri Medicali. Asiguratul are opțiunea de a transmite toate documentele în format electronic prin intermediul aplicației pusă la dispoziție de Asigurator;
 - Să dovedească necesitatea medicală aferentă serviciilor medicale solicitate prin asigurare.
- 7.13.** Asiguratorul își rezervă dreptul de a refuza Repunerea în vigoare și/sau de a refuza Repunerea acoperirii în vigoare/reintroducerea în asigurare pentru unii Asigurați.
- 7.14.** Asiguratorul își rezervă dreptul de a efectua sau de a reiniția procesul de subscriere a riscului, cu minim 60 (șaizeci) de zile calendaristice înainte de Data de expirare a Contractului de asigurare, în funcție de evoluția prețului Serviciilor medicale, gradul de utilizare al Serviciilor medicale, gradul de accesare a Serviciilor medicale, experiența Asiguratorului pe acest produs de asigurare, eventualele schimbări legislative, eventualele schimbări în acoperirile Contractului de asigurare. Noile prime de asigurare vor fi aduse la cunoștința Contractantului în scris, și se vor aplica începând cu Reînnoirea Contractului de asigurare.
- 7.15.** Cu ocazia Reînnoirii Contractului de asigurare, Asiguratorul poate decide fie menținerea, fie modificarea, fie încetarea Condițiilor Specifice de asigurare. În cazul în care, Contractantul alege Reînnoirea Contractului de asigurare, nu se va aplica o nouă Perioadă de așteptare, dacă a fost agreeată anterior de Contractant cu Asiguratorul, ea fiind aplicată conform Art. 4.11.2.
- 7.16.** Asiguratorul are dreptul să respingă preluarea în asigurare sau să transmită Contractantului/Asiguratului propunerea încheierii Contractului de asigurare pentru Asigurat în alte condiții (cu excluderea unor Riscuri asigurate, cu plata unei Prime de asigurare suplimentară pentru acoperire), dacă Asiguratul nu îndeplinește criteriile de evaluare.
- 7.17.** Asiguratorul are dreptul să solicite Contractantului o declarație pe propria răspundere conform căreia Asigurații pentru care încheie asigurarea sau solicita includerea lor în timpul perioadei contractuale, sunt persoane eligibile conform prevederilor Condițiilor Generale de asigurare sau celor agreeate de către părți.

- 7.18.** Asigurătorul are dreptul să solicite medicilor, personalului medical și instituțiilor medicale documente medicale privind starea de sănătate a Asiguratului și toate datele medicale legate de evenimentul asigurat pentru evaluarea obligației sale de plată.
- 7.19.** Asigurătorul are obligația de a oferi acces Asiguratului, la solicitarea acestuia, la toate documentele medicale stocate de Asigurător, aferente serviciilor medicale accesate prin asigurare.
- 7.20.** Asigurătorul are dreptul să evalueze (conform cunoștințelor medicale universale) dacă serviciile medicale solicitate prin asigurare sunt necesare din punct de vedere medical.
- 7.21.** Asigurătorul are obligația, în cazul apariției evenimentului asigurat, să plătească furnizorului de servicii medicale din cadrul Rețelei de Parteneri Medicali sau Asiguratului, pe baza clauzelor stipulate în Contractul de asigurare, beneficiile asigurării incluse în Lista de acoperiri.

8. DECLARAȚII FALSE

- 8.1.** Dacă sunt solicitate diferite informații de către Asigurător, atât Asiguratul, cât și Contractantul sunt obligați să informeze Asigurătorul în scris, despre toate condițiile și împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului pentru Asigurările de sănătate. Această obligație constă în furnizarea, în mod corect și complet, înainte de încheierea Contractului și pe timpul derulării acestuia a tuturor informațiilor ce prezintă relevanță sau împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt în mod obiectiv necesare pentru evaluarea riscului, prin declararea adevărului, precum și prin răspunsuri complete la toate întrebările adresate de către Asigurător în timpul încheierii și derulării Contractului. Pentru Asiguratul copil, detaliile vor fi furnizate de părintele Asigurat.
- 8.2.** Conform Art.2204 Cod Civil, în afară de cauzele generale de nulitate, Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Asigurat ori Contractant cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii Riscului asigurat. Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului, care, de asemenea, poate solicita și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate. Declarația inexactă sau reticența din partea Asiguratului ori a Contractantului a cărui rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea asigurării. În cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc anterior producerii riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul fie de a menține Contractul solicitând majorarea primei, fie de a rezilia Contractul de asigurare la împlinirea unui termen de 10 (zece) zile calculate de la notificarea primită de Contractant, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele plătite aferentă perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează. Atunci când constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

9. LEGISLAȚIE ȘI LITIGII

- 9.1.** Contractul de asigurare este supus legislației române în vigoare în special, dar fără a se limita la Codul Civil, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare, Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 236/2018 privind distribuția de asigurări și legislația secundară emisă în aplicarea acesteia, Norma ASF nr. 19/2018 privind distribuția de asigurări, Ordinul MS și CSA nr. 365/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asigurarea voluntară de sănătate, Norma ASF nr. 18/2017 privind procedura de soluționare a petițiilor referitoare la activitatea societăților de asigurare și reasigurare și brokerilor de asigurare, OG 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți.
- 9.2.** Persoanele care obțin sau încearcă prin orice mijloace să obțină pe nedrept despăgubiri din asigurare sau cei care înlesnesc asemenea fapte se pedepsesc potrivit legii.
- 9.3.** Părțile implicate în Contractul de asigurare, Asigurătorul, pe de o parte și Asiguratul, Contractantul, Beneficiarul, pe de altă parte vor încerca să rezolve toate conflictele care pot apărea, pe cale amiabilă.
- 9.4.** Contractantul/Asiguratul pot formula reclamații cu privire la încheierea, modificarea sau executarea Contractului de asigurare, la care vor primi răspuns în termen de 30 (treizeci) de zile de la data înregistrării acestora. Răspunsul la reclamație nu constituie o restrângere a dreptului Contractantului/Asiguratului de a se adresa instanțelor judecătorești.
- 9.5.** În ceea ce privește metodele de depunere a reclamațiilor privind Contractul de asigurare, acestea sunt următoarele:
- la sediul Asigurătorului;
 - prin e-mail: reclamatii@uniqa.ro;
 - pe website-ul Asigurătorului: www.uniqa.ro;
 - pe website-ul Autorității de Supraveghere Financiară: <https://portal.asfromania.ro>
- 9.6.** Dacă petentul nu consideră răspunsurile și clarificările oferite de Asigurător drept satisfăcătoare, părțile pot conveni asupra organizării unei întâlniri pentru a face o nouă încercare de soluționare a plângerii. Dacă nu este posibilă soluționarea pe cale amiabilă, Autoritatea de Supraveghere (ASF) poate fi notificată, iar decizia finală, dacă situația nu este soluționată, aparține instanțelor competente din România.
- 9.7.** În conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/2016, 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

9.8. În cazul în care oricare dintre prevederile prezentului Contract de asigurare este sau devine ulterior ilegală, invalidă sau inaplicabilă conform legilor în vigoare, caracterul legal, valabilitatea și aplicabilitatea celorlalte dispoziții ale prezentului Contract nu vor fi afectate de această împrejurare.

10. PROTECȚIA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

10.1. UNIQA Asigurări S.A. colectează și prelucerează date cu caracter personal în calitate de operator, în conformitate cu prevederile legale aplicabile în domeniul prelucrării datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora. Detaliile despre prelucrarea datelor cu caracter personal sunt disponibile în Termenii de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal, precum și pe pagina web a UNIQA Asigurări S.A. – www.uniqa.ro, secțiunea Despre noi - Protecția Datelor. În Termenii de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal, se găsesc informații complete privind categoriile de date cu caracter personal, scopurile prelucrării acestora, temeiurile legale, destinatarii datelor cu caracter personal în cazul transferurilor de date, perioada stocării datelor, precum și drepturile persoanelor vizate.

10.2. Contractantul are obligația de a asigura informarea corespunzătoare a Asiguraților, prin punerea la dispoziția acestora a Termenilor de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

11. PREVEDERI FINALE

11.1. Schimbarea adresei și a datelor de contact

11.1.1. Orice notificare, comunicare, avizare sau înștiințare în legătură cu prezentul Contract de asigurare adresată de una dintre părți celeilalte, este valabil îndeplinită dacă va fi comunicată în scris, în limba română.

11.1.2. În situația în care notificarea se transmite prin e-mail, aceasta se consideră primită în prima zi lucrătoare ulterioară celei în care a fost expediată.

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

11.2. Forța majoră și cazul fortuit

11.2.1. Niciuna dintre părțile contractante nu răspunde de neexecutarea la termen și/sau executarea în mod necorespunzător, totală sau parțială, a oricărei obligații care îi revine în baza Contractului de asigurare, dacă neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a obligației respective a fost cauzată de forța majoră sau de cazul fortuit, așa cum sunt definite de lege.

11.2.2. Partea care invocă forța majoră sau cazul fortuit este obligată să notifice celeilalte părți în termen de 5 (cinci) zile calendaristice de la producerea evenimentului și să ia toate măsurile posibile în vederea limitării consecințelor acestuia.

11.2.3. Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, părțile au dreptul și sunt de acord cu încetarea prezentului Contract de asigurare, prin notificarea transmisă de oricare, fără ca vreuna dintre ele să pretindă daune interese.

11.3. Fondul de garantare

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

11.4. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

11.4.1. Taxele sau comisioanele bancare aferente plății Primelor de asigurare, vor fi suportate de către Contractant, dacă este cazul.

11.4.2. Taxele sau comisioanele bancare care privesc rambursarea serviciilor medicale sau plata Indemnizației de asigurare vor fi suportate de Asigurat, dacă este cazul.

11.5. Deduceri fiscale

11.5.1. În conformitate cu prevederile Codului Fiscal în vigoare, 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.

11.6. Dispoziții finale

11.6.1. Asigurarea voluntară de sănătate nu prezintă capitalizare, nu se cesează și nu are valoare de răscumpărare.

11.6.2. Asigurătorul și Contractantul asigurării pot include în Contract, de comun acord, prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții generale și /sau în Condițiile Specifice de asigurare, sub formă de Clauze anexe sau mențiuni speciale, cu caracter derogatoriu.

11.6.3. Respectarea de către Contractant și Asigurat a obligațiilor care le revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile acestora sunt adevărate, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asigurătorului.

11.6.4. Asigurătorul acceptă cu efect juridic numai solicitările transmise în scris, direct la sediul social al Asigurătorului, cu indicarea motivului sesizării/ solicitării de informații necesare, nume și prenume, CNP/ CUI, adresă, precum și numărul Poliției de asigurare. Formularele tipizate trebuie completate în integralitate și semnate.

11.6.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de Asigurat/ Contractant, pentru a determina cuantumul obligației de plată al Indemnizației de asigurare. Asiguratul, fără a fi exonerat de obligația depunerii documentelor, mandatează

Contractantul/ Asigurătorul să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități necesare în vederea obținerii oricăror documente necesare pentru ca Asigurătorul să poată determina circumstanțele producerii Riscului/ Evenimentului asigurat și cuantumul Indemnizației de plată, după caz.

- 11.6.6.** Dreptul de a revendica despăgubirea se prescrie în termenele prevăzute de legislația română.
- 11.6.7.** Toate sumele datorate de Asigurător nu sunt purtătoare de dobândă.
- 11.6.8.** Asigurătorul nu este răspunzător pentru Serviciile medicale acoperite de Contractul de asigurare de Grup, dacă se constată că nu au fost efectuate conform standardelor medicale. Asigurătorul nu poartă răspunderea nici unei pagube/ incident/suferință cauzată Asiguratului în Rețeaua de Parteneri Medicali, indiferent de cauză și consecință. Responsabilitatea actului medical revine în exclusivitate medicului care a efectuat Serviciul medical, culpa acestuia fiind stabilită conform prevederilor legale.
- 11.6.9.** Termenele contractuale menționate în Condițiile de asigurare se referă la zile, luni, ani calendaristice/ calendaristici și se calculează în 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. 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.
- 11.6.10.** Societatea de asigurare a utilizat pentru calculul primelor de asigurare date statistice disponibile în cadrul grupului UNIQA, precum și ipoteze rezultate din experiența tehnică și comercială a societății.
- 11.6.11.** Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul se obligă să comunice Asigurătorului de îndată orice modificare a declarațiilor date și însoțite la momentul ofertării și/sau semnării Contractului de asigurare. În caz contrar, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza efectuarea tranzacțiilor solicitate și/sau de a înceta relațiile cu Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul în cazul unor declarații false sau dacă are suspiciuni cu privire la realitatea celor declarate.
- 11.6.12.** Indiferent de toate celelalte prevederi, această Asigurare oferă acoperire în măsura în care nu intra în conflict cu nicio sancțiune economică, comercială sau financiară și/sau embargouri ale Consiliului de Securitate al Națiunilor Unite (ONU), Uniunii Europene (UE) sau orice legislație națională care este aplicabilă părților din prezentul contract. Acest lucru este valabil și pentru sancțiunile economice, comerciale sau financiare și/sau embargouri emise de Statele Unite ale Americii sau alte țări, în măsura în care nu intra în conflict cu legislația Uniunii Europene (UE) sau cea locală.
- 11.6.13.** Raportul privind solvabilitatea și situația financiară a companiei poate fi accesat pe pagina web a UNIQA Asigurări S.A. – www.uniqa.ro, secțiunea Despre noi - Despre Companie.