

# Confort Extra

Termeni și condiții ale programului de asigurare



 **Metropolitan Life**

Pășim prin viață împreună

**BANCA  
TRANSILVANIA®**



## Cuprins

<b>Condiții generale</b>	<b>1</b>
Definiții:	1
Obiectul contractului	4
Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	4
Teritoriul și durata acoperirii individuale	5
Acuratețea declarațiilor	5
Fapt material	5
Plata primei	5
Acordarea indemnizațiilor de asigurare	6
Modificarea acoperirii individuale	9
Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal	9
Excluderi	10
Legea aplicabilă și jurisdicția	11
Taxe, impozite și onorarii	11
Forța majoră	11
Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	12
Tabel nr. 1 - Plăți pentru intervenții chirurgicale	12

# Condiții generale

## Definiții:

**POLIȚA DE GRUP** reprezintă contractul încheiat între **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București** (Societatea de Asigurări) și Banca Transilvania (Banca), ce cuprinde detalii cu privire la Termenii și condițiile Programului de Asigurare oferit Grupului Eligibil.

**GRUP ELIGIBIL** înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români, ce pot beneficia de protecția prin asigurare prevăzută în prezentele condiții contractuale, constituit din titularii de conturi curente în Lei deschise la Banca Transilvania, care și-au exprimat acordul de a participa la Programul de Asigurare oferit de prezentele condiții de asigurare în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și care acceptă Serviciul de debitare automată oferit gratuit de Banca Transilvania Asiguratului Principal, special pentru plata primelor de asigurare și care au vârsta maximă de 64 (șaizecișipatru) de ani la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale (pentru opțiunea Asigurare Individuală), cât și membrii Familiilor acestora, astfel cum sunt definiți în prezentele condiții contractuale (pentru opțiunea Asigurare Familială).

Este considerată membru al Grupului Eligibil și persoana care la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale prezintă Invaliditate Parțială Permanentă. Persoanele care prezintă Invaliditate Totală Permenantă nu sunt eligibile.

**ACOPERIREA INDIVIDUALĂ** înseamnă protecția (sau acoperirea) oferită Persoanelor Asigurate (membre ale Grupului Eligibil) prin asigurarea contractată, conform prevederilor prezentelor condiții contractuale.

**PERSOANELE ASIGURATE:** Asiguratul Principal și Asiguratul Subsidiar, dacă este cazul.

**(A) ASIGURATUL PRINCIPAL** înseamnă oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de Acoperire Individuală conform prezentelor condiții de asigurare și care:

- a. a fost eligibil pentru înscrierea în Programul de Asigurare Confort Extra oferit acestuia în baza prezentelor condiții de asigurare, ceea ce înseamnă că a declarat telefonic faptul că nu se încadrează în niciuna dintre situațiile de neeligibilitate comunicate în cuprinsul convorbirii telefonice, înainte de prezentarea propriu-zisă a produsului de asigurare;
- b. și-a exprimat telefonic acordul de a participa la Programul de Asigurare oferit de prezentele condiții de asigurare în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004 cu modificările și completările ulterioare;
- c. a confirmat primirea setului de documente ce conține Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare, care fac parte integrantă din acesta, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile procedurale stabilite de Părți, oferta de asigurare și înscrierea în Programul de Asigurare stabilit prin prezentele condiții contractuale, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (Familială);
- d. are maximum 64 (șaizecișipatru) de ani la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;
- e. a confirmat telefonic acceptarea Serviciului de debitare automată a primelor de asigurare și a autorizat telefonic Banca Transilvania să plătească în numele său și pentru el, lunar la Data Scadentă sau, dacă este cazul, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă, primele de asigurare din contul curent principal în Lei deschis la Banca Transilvania și să le transfere către Societatea de Asigurări, în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare.

**Asiguratul Principal** va primi într-un termen aproximativ de 2 (două) săptămâni de la momentul apelului telefonic, un plic în care va regăsi toată documentația contractuală legată de produsul de asigurare și modalitatea de plată pentru produsul de asigurare care i-a fost prezentat telefonic, respectiv:

- Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și Condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta și
- acceptul privind plata primei de asigurare prin Serviciul de debitare automată pentru plata primelor de asigurare, care confirmă acordul Asiguratului Principal de a participa la Programul de Asigurare.

Data la care Asiguratul Principal semnează documentul care include confirmarea de primire a documentelor de asigurare și exprimarea acordului privind încheierea asigurării reprezintă data la care se activează acoperirea, acesta având obligații la plată după perioada de gratuitate.

**(B) Acoperirea Individuală** se poate extinde asupra membrilor familiei Asiguratului Principal, în calitate de **ASIGURAT SUBSIDIAR**, dacă:

- a. Asiguratul Principal a solicitat telefonic includerea acestuia/acesteia în Programul de Asigurare de Grup, optând în acest sens pentru varianta de Asigurare Familială;
- b. prima de asigurare corespunzătoare perioadei asigurate a fost achitată de către Asiguratul Principal.
- c. Acoperirea individuală a Asiguratului Principal este în vigoare.

**(C) Sunt considerați membri ai Familiei Asiguratului Principal** soțul/soția Asiguratului Principal, precum și copiii acestora, după cum urmează:

- a. soț/soție: persoana care la data producerii Riscului Asigurat are calitatea de soț/soție al/a Asiguratului Principal, are minimum 18 (optsprezece) ani și maximum 64 (șaizecișipatru) de ani la momentul înrolării în Programul de Asigurare;
- b. copil: persoana care la data producerii Riscului Asigurat îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
  1. este copil biologic al Asiguratului Principal și/sau copilul din afara căsătoriei al soțului/soției Asiguratului Principal și/sau copilul aflat sub tutelă în conformitate cu prevederile Codului Civil și/sau copilul adoptat cu efecte depline de către Asiguratul Principal;
  2. are vârsta cuprinsă la momentul înscrierii în Programul de Asigurare între cel puțin 6 (șase) luni și până la 17 (șaptesprezece) ani inclusiv, respectiv 21 (douăzecișunu) de ani inclusiv, în cazul în care studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată.

**ASIGURAREA EXTINSĂ** (pentru familie) înseamnă contractul de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal în baza prezentelor condiții de asigurare, prin care se oferă protecție (Acoperire Individuală) atât Asiguratului Principal, cât și soțului/soției acestuia și copiilor lor, spre deosebire de Asigurarea Individuală, în baza căreia protecția se acordă doar Asiguratului Principal. Copiii nu beneficiază de acoperire pentru riscul de Deces.

**BENEFICIARUL** înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului Asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare. În cazul acestui Program de Asigurare Beneficiarul este însăși Persoana Asigurată, cu excepția Decesului pentru care Beneficiarul este moștenitorul legal sau testamentar. În cazul beneficiarului minor, plata va fi efectuată în contul reprezentantului legal, în condițiile Societății de Asigurări, fiind necesară semnătura ambilor părinți ai minorului pentru plata Indemnizației de Asigurare.

În cazul decesului Persoanei Asigurate, orice indemnizație plătită în baza prezentei asigurări se va plăti către moștenitorul legal / moștenitorii legali ai acestuia.

**RISCU/EVENIMENTUL ASIGURAT.** În baza prezentelor condiții de asigurare sunt asigurate riscurile:

- Decesul ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri
- Intervenția Chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri
- Cheltuieli medicale în urma unei Intervenții Chirurgicale indemnizate conform prezentelor condiții de asigurare.

**CERTIFICATUL DE ASIGURARE** reprezintă Contractul de Asigurare al Persoanei Asigurate în calitate de Asigurat Principal ori, după caz, de Asigurat Subsidiar, respectiv documentul semnat de Asigurător conform prevederilor Codului Civil, care va fi pus la dispoziția fiecărei persoane din Grupul Eligibil, care și-a exprimat acordul telefonic, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, de a primi documentele de asigurare. Acest document certifică înscrierea în asigurare și calitatea de Persoana Asigurată și care stabilește Data încheierii contractului de asigurare. Termenii și condițiile de asigurare sunt atașate și fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Asiguratul Principal acceptă ca dovadă a încheierii contractului de asigurare oferit în baza prezentelor condiții contractuale înregistrarea convorbirii telefonice de înscriere în asigurare și Confirmarea de primire a documentelor de asigurare - Certificatul de Asigurare, împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta, precum și acceptarea Serviciului de debitare automată.

**DATA SCADENTĂ** a primei de asigurare va fi considerată data de 4 a fiecărei Luni de Asigurare. În cazul în care această zi este nelucrătoare în luna respectivă, prima lunară se va retrage din contul curent al Asiguratului Principal, în prima zi lucrătoare, ulterioară Datei Scadente. Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare ("Data Scadentă a primei de asigurare").

**PLĂTITORUL PRIMELOR DE ASIGURARE** este Asiguratul Principal care are obligația să asigure și să mențină în contul curent în Lei deschis la Banca Transilvania, disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadentă pe toată durata de valabilitate a Programului de Asigurare pentru care a optat.



**LUNA DE ASIGURARE** reprezintă luna calendaristică imediat următoare celei în care prima de asigurare a fost scadentă, deoarece plata primei lunare se efectuează în avans.

**DATA ACTIVĂRII** este data la care Asiguratul Principal recepționează documentele de asigurare și semnează Confirmarea de Primire extinsă.

**SUMA ASIGURATĂ** înseamnă suma specificată în cuprinsul acestor condiții contractuale, așa cum va fi menționată și în Certificatul de Asigurare și în condițiile prevăzute în acesta și reprezintă Suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Beneficiarului în cazul producerii Riscului Asigurat.

**INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE** reprezintă suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Beneficiarului în cazul producerii unuia dintre Riscurile asigurate. Indemnizația de asigurare se va calcula ca procent din Suma Asigurată pentru beneficiile prevăzute în prezentele condiții de asigurare, în funcție de gravitatea evenimentului asigurat.

**CONFIRMAREA DE PRIMIRE** extinsă reprezintă documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și exprimarea acordului privind încheierea asigurării, precum și a plății acesteia prin Serviciul de debitare automată.

**ÎMBOLNĂVIREA** înseamnă o modificare organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate, contractată sau manifestată pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată ca atare după Data intrării în vigoare a acoperirii individuale.

**ACCIDENTUL** înseamnă un eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Persoanei Asigurate și se datorează acțiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici, electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu exhaustivă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară, nu pot fi incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

**VĂTĂMAREA** înseamnă orice vătămare fizică a corpului Persoanei Asigurate, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident, cu condiția ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale.

**CONDIȚIA PREEXISTENTĂ** înseamnă orice boală sau vătămare corporală sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, diagnosticată ca atare de un Medic înainte de Data Activării Acoperirii Individuale.

**SPITAL** reprezintă o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- (1) deține o licență de funcționare ca spital, oferită de Ministerul Sănătății;
- (2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămate, în calitate de pacienți spitalizați;
- (3) furnizează servicii de asistență medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;
- (4) dispune de un personal cuprinzând cel puțin un medic disponibil permanent;
- (5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și operații chirurgicale majore;
- (6) nu este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescență sau altă unitate sanitară similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenți de droguri;
- (7) dispune de echipament pentru raze X și de facilitățile aferente de funcționare.

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

**MEDIC** reprezintă o persoană care profesază medicina, pe baza unor studii superioare de specialitate și care deține drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor din România sau al unei autorități similare din altă țară alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia până la gradul 2 inclusiv.

**INVALIDITATEA TOTALĂ PERMANENTĂ** înseamnă că Persoana Asigurată a suferit o vătămare corporală sau afecțiune/îmbolnăvire cu urmări permanente, detectabilă din punct de vedere medical și este incapabilă de a desfășura orice fel de muncă, de a exercita orice meserie sau profesie, în scopul obținerii unui venit, unui profit sau a unei compensații, pentru tot restul vieții.

**INVALIDITATEA PARȚIALĂ PERMANENTĂ** înseamnă că Persoana Asigurată a suferit o Vătămare Corporală sau afecțiune/Îmbolnăvire, cu urmări permanente, detectabilă din punct de vedere medical, dar care nu împiedică Persoana Asigurată de a desfășura orice fel de muncă, de a exercita orice meserie sau profesie, în scopul obținerii unui venit, profit, unei compensații, pentru tot restul vieții.

**INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ** reprezintă o procedură sau tehnică medicală efectuată în scop terapeutic asupra Asiguratului într-o unitate sanitară/ Spital, de către un medic, pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat. Procedura/tehnica efectuată în scop terapeutic/curativ trebuie să implice o incizie/ electrocauterizare și să fie efectuată sub o anestezie locală sau generală.

**PERIOADA DE AMÂNARE** înseamnă intervalul în decursul căruia Intervenția chirurgicală din Îmbolnăvire nu este acoperită, astfel:

- 90 (nouăzeci) de zile calendaristice pentru Intervenția chirurgicală din Îmbolnăvire calculate o singură dată de la Data Activării asigurării;
- 30 (treizeci) de zile calendaristice pentru Intervenția chirurgicală din Îmbolnăvire, calculată de fiecare dată când protecția prin asigurare se suspendă ca urmare a neplății primei lunare de asigurare timp de 3 (trei) luni consecutive. În acest caz perioada de amânare se calculează de la data de început a Lunii de Asigurare pentru care se reia plata primei de asigurare.

În această perioadă, Intervenția chirurgicală din accident este acoperită.

**PERIOADA DE GRATUITATE** la plata primei lunare de asigurare și reprezintă perioada calculată o singură dată de la momentul semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare, cuprinzând perioada între data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare de către Asiguratul Principal și ultima zi calendaristică a lunii următoare primirii documentelor de asigurare, prin care Asiguratul Principal confirmă înscrierea în Programul de Asigurare reglementat de prezentele condiții de asigurare.

#### Exemplu:

Data apel telefonic 05.07.2017

Data recepționării confirmării de primire = data activării – 15.07.2017

Perioada de gratuitate: 15.07.2017-31.08.2017

Data primei debitări / prima Data Scadentă: 04.08.2017

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare: 01.09.2017-30.09.2017

## Obiectul contractului

Societatea de Asigurări oferă Persoanelor Asigurate protecție pentru Riscurile Asigurate sub rezerva și în condițiile prevederilor, excluderilor, limitărilor, rezervelor și declarațiilor din cuprinsul prezentelor condiții de asigurare.

Asigurarea stipulată de prezentele condiții contractuale se referă numai la tipurile de asigurare care sunt indicate printr-o sumă specifică, menționată în cuprinsul acesteia.

## Data intrării în vigoare a acoperirii individuale

Intrarea în vigoare a Acoperirii Individuale a Persoanelor Asigurate în temeiul prezentelor condiții de asigurare începe după cum urmează:

- pentru Asiguratul Principal**, la data (în momentul) semnării confirmării de primire a Certificatului de Asigurare și a Termenilor și condițiilor de asigurare, care fac parte integrantă din acesta, precum și a acceptului privind plata primei de asigurare prin Serviciul de debitare automată;
- pentru Asigurații Subsidiari**, la data la care sunt întrunite cu privire la persoana lor toate condițiile menționate la articolul de mai sus.

Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații la plată izvorâte din contractul de asigurare încheiat între Asigurator și Asiguratul Principal, pe baza acordului telefonic și a acceptării în scris a înrolării în asigurare prin semnarea confirmării de primire a documentelor, ce se transmit în urma acordului telefonic, oferindu-i-se o perioadă de gratuitate la plata primei de asigurare calculată o singură dată de la momentul semnării confirmării de primire

a documentelor de asigurare. Această perioadă de gratuitate cuprinde perioada între data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare de către Asiguratul Principal și ultima zi calendaristică a lunii următoare primirii documentelor de asigurare, prin care Asiguratul Principal confirmă înscrierea în Programul de Asigurare reglementat de prezentele condiții de asigurare.

După expirarea acestei perioade de gratuitate, Persoana Asigurată beneficiază de asigurare prin debitarea automată a contului curent al Asiguratului Principal, cu valoarea primei de asigurare, doar cu condiția primirii de către Asigurător a confirmării de primire a documentelor privind Asigurarea (Termenii și condițiile asigurării și Certificatul de Asigurare) de către Asiguratul Principal și care prezintă dovada înscrierii în Programul de Asigurare.

Acoperirea Individuală este valabilă o Lună de Asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunar la Data Scadentă. În cazul neplății primei de asigurare la Data Scadentă sau până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, Acoperirea Individuală se suspendă pentru Luna de Asigurare neplătită și se reia prin plata primei la Data Scadentă sau la una din încercările succesive de debitare, pentru Luna de Asigurare următoare.

## Teritoriul și durata acoperirii individuale

Acoperirea Individuală este valabilă în întreaga lume, 24 din 24 de ore, cât timp Asiguratul Principal a plătit prima de asigurare datorată, dacă nu se menționează altfel în prezentele condiții contractuale.

## Acuratețea declarațiilor

Orice fraudă, declarație falsă sau omisiune care afectează Acoperirea Individuală contractată în baza acestei asigurări, va atrage încetarea de drept a respectivei Acoperiri Individuale, urmând ca toate Indemnizațiile de Asigurare ce s-ar fi cuvenit Beneficiarului/Beneficiarilor să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie.

Societatea de Asigurări nu este responsabil pentru acuratețea declarațiilor Persoanelor Asigurate.

## Fapt material

În cazul în care vârsta, Invaliditatea Permanentă, tulburările psihice sau funcționale ale oricăreia dintre Persoanele Asigurate diferă în mod substanțial de cele acoperite sub această asigurare, Persoanei Asigurate nu i se va plăti Indemnizația de Asigurare în condițiile Acoperirii Individuale/Acoperirii Extinse.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a aproba și de a plăti o Indemnizație de Asigurare în cazul constatării diferențelor specificate mai sus. Indemnizația de Asigurare se va calcula proporțional cu primele de asigurare plătite efectiv, în conformitate cu regulile privind evaluarea Riscului Asigurat pe care Asigurătorul le folosește în legătură cu riscurile corespunzătoare.

## Plata primei

Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentă așa cum este aceasta în prezentele condiții de asigurare ), pentru Luna de Asigurare imediat următoare, prin debitarea contului curent principal în Lei deschis la Banca Transilvania, în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă, fiecare dintre ele în varianta Platinum, Premium sau Standard), cu condiția existenței dovezii privind confirmarea primirii documentelor de asigurare, cu plata primelor de asigurare prin Serviciul de debitare automată, astfel:

Tip acoperire	Prima lunara/ Platinum	Prima lunară/Premium	Prima lunară/Standard
Asigurare Individuală	36,00 Lei	30,00 RON	23,00 RON
Asigurare Extinsă/Familie	62,00 Lei	51,00 RON	40,00 RON

Prima de asigurare se plătește anticipat pentru Luna de Asigurare următoare lunii în care este Data Scadentă.

**Plata primelor** de asigurare de către Asigurații Principali se realizează prin Serviciul de debitare automată contractat de către acesta de la Titularul Poliței, în baza căruia Banca Transilvania execută în contul curent al Asiguratului Principal operațiunile de plată a primelor de asigurare inițiate de Societatea de Asigurări, lunar, la Data Scadentă a

primei menționată în Certificatul de Asigurare. Dacă la Data Scadentă nu există disponibil în contul curent pentru plata integrală a primei de asigurare, se vor efectua reverificări ale acestuia în vederea plății, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă. Reverificările contului efectuate ulterior Datei Scadente în cadrul aceleiași luni constituie un beneficiu acordat Persoanelor Asigurate pentru evitarea situațiilor în care acestea nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului ca nu au avut disponibil necesar în cont la Data Scadentă.

**Contul curent** este contul curent principal în Lei, având la final succesiunea de cifre 001 pe care Asiguratul Principal îl are deschis la Banca Transilvania, din care se va face debitarea automată a primelor de asigurare.

Dacă până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, în zilele în care vor fi efectuate reverificările contului curent în Lei, soldul contului curent din care se face plata primei nu permite plata integrală într-o singură tranșă a primei de asigurare, cu excepția perioadei de gratuitate, Acoperirea încetează pentru Luna de Asigurare respectivă, suma insuficientă nefiind retrasă. Acoperirea va reîncepe pentru următoarele Luni de Asigurare, dacă prima de asigurare corespunzătoare acestora a fost plătită integral. Perioada maximă de suspendare este de 6 (șase) Luni de Asigurare consecutive, după care asigurarea se reziliază de plin drept, fără îndeplinirea vreunei formalități și fără intervenția instanțelor de judecată, prin simpla neexecutare a obligației de plată a primei de asigurare pentru 6 (șase) luni de asigurare consecutive.

Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a modifica prima de asigurare în cazul unor fluctuații ai parametrilor de bază care pot influența evoluția costurilor beneficiilor oferite. Prima de asigurare se modifică la următoarea Dată Scadentă. Noua valoare a primei de asigurare va fi comunicată Asiguratului Principal cu cel puțin 20 de zile calendaristice anterior datei intrării în vigoare a modificării. În cazul în care Asiguratul Principal nu este de acord cu modificarea primei de asigurare, programul de asigurare se consideră reziliat de către acesta la următoarea Dată Scadentă, fără a fi necesare alte demersuri.

Această asigurare nu are componentă de investiții, valoare de răscumpărare și nici perioadă de grație, iar valoarea primelor achitate nu se restituie la încetarea acoperirii prin asigurare.

## Acordarea indemnizațiilor de asigurare

Valoarea Indemnizației de Asigurare va fi cea corespunzătoare tipului de asigurare pentru care a optat Asiguratul Principal și nivelului de primă care a fost achitată, astfel:

Riscuri Asigurate (Lei)	Platinum			Premium			Standard		
	Individual	Familie		Individual	Familie		Individual	Familie	
	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/ Soție și Copil **	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/ Soție și Copil **	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/ Soție și Copil**
Intervenție chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri*	%8.000	%8.000	%8.000	%6.500	%6.500	%6.500	%5.000	%5.000	%5.000
Cheltuielile medicale ca urmare a unei intervenții chirurgicale indemnizate	300	300	300	250	250	250	200	200	200
Deces ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000

\* % din Suma Asigurată va fi alocat în funcție de gradul de complexitate al intervenției chirurgicale, conform Tabelului



de plăți din prezenta Poliță de Grup

**\*\*Copiii nu beneficiază de acoperire pentru riscul de Deces.**

Societatea de Asigurări se obligă să plătească în cazul producerii evenimentului asigurat pe durata de valabilitate a asigurării, următoarele beneficii/Indemnizații de asigurare:

### Decesul ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri

În cazul în care, ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri, Persoana Asigurată decedează, Societatea de Asigurări va plăti Beneficiarului Suma Asigurată, cu condiția ca Decesul să fi survenit în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale. Copiii nu beneficiaza de acoperire pentru riscul de deces.

### Indemnizația de a sigurare pentru intervenția chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri

În cazul în care, ca rezultat al unei Vătămări Corporale sau al unei Îmbolnăviri, Persoanei Asigurate i se va acorda îngrijire medicală într-un Spital și va fi supusă unei proceduri chirurgicale necesare, prestată de un Medic, Societatea de Asigurări va plăti o Indemnizație pentru intervenția chirurgicală efectuată, limitată la Procentajul din Beneficiul Maxim, specificat în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale, pentru intervenția chirurgicală efectuată. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment și pe an de asigurare.

Dacă se efectuează mai multe intervenții chirurgicale în aceeași ședință operatorie, indemnizația va fi limitată la cel mai mare procent aferent intervențiilor chirurgicale efectuate din Beneficiul Maxim aplicabil acestor intervenții sau după caz procentele se vor cumula până la maxim 100%.

#### Exemplu:

##### Caz 1:

În urma unui accident asiguratul suferă multiple fracturi, la nivelul membrelor inferioare și la nivelul membrelor superioare ce necesită intervenție chirurgicală. În cadrul aceleași ședințe operatorii sunt operate, prin incizii multiple, atât membrele inferioare cât și membrele superioare. În această situație asiguratul va fi despăgubit cumulându-se procentele aferente celor doua operații însă fără a depăși 100% din suma asigurată.

##### Caz 2:

În urma unei îmbolnăviri asiguratul suferă o intervenție chirurgicală pentru Apendicită. Dacă în cadrul aceleași ședințe operatorii și printr-o singură incizie se realizează o Apendicectomie și se constată o afecțiune a colecistului, practicându-se și o Colecistectomie, asiguratul va fi despăgubit cu procentul cel mai mare conform tabelului de plăți, și anume 60% din suma asigurată aferentă Colecistectomiei.

Pentru orice intervenție chirurgicală nespecificată în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale, Societatea de Asigurări va indemniza prin analogie cu o intervenție chirurgicală specificată, de complexitate comparabilă după aprecierea Societății de Asigurări, cu excepția cazului când acea intervenție chirurgicală este exclusă în mod expres printr-o clauză cuprinsă în prezentul document.

- Acoperirea pentru accident este disponibilă de la Data Activării;
- Acoperirea pentru Îmbolnăvire în cazul Intervențiilor Chirurgicale este disponibilă după terminarea perioadei de amânare de 90 (nouăzeci) de zile de la Data Activării în cazul în care acoperirea este suspendată pentru o perioadă de 3 (trei) luni consecutive, o nouă perioadă de amânare de 30 (treizeci) de zile se va aplica, începând cu data reluării acoperirii după perioada de suspendare; această nouă perioadă de amânare se va aplica doar pentru acoperirea pentru Îmbolnăvire.

### Indemnizația pentru cheltuieli medicale

Societatea de Asigurări va plăti în baza prezentelor condiții, o indemnizație de asigurare fixă, în conformitate cu sumele asigurate menționate în prezentele condiții de asigurare aferente fiecărei variante de asigurare pentru cheltuieli medicale, doar în cazul unei Intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri și indemnizate în baza prezentelor condiții de asigurare, fără ca Persoana Asigurată să aducă vreo dovadă a efectuării acestor cheltuieli

medicale. Numărul maxim de indemnizații plătite pentru o persoană asigurată pentru Cheltuieli medicale este de 2 (două) în decursul unui an de asigurare, indiferent de numărul de evenimente indemnizate în decursul unui an de asigurare.

Toate solicitările pentru Indemnizația de asigurare vor fi adresate de către Persoana Asigurată / Beneficiar, Societății de Asigurări, în scris, prin intermediul metodelor de contact puse la dispoziție de Societate:

- online prin aplicația eClaims disponibilă pe [www.metropolitanlife.ro](http://www.metropolitanlife.ro) sau
- prin e-mail la adresa [despagubiri@metropolitanlife.ro](mailto:despagubiri@metropolitanlife.ro) sau
- prin poștă la adresa B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, Clădirea Europe House, etaj 4, sector 1, București, Persoanei Asigurate /Beneficiarului îi revine responsabilitatea furnizării certificatelor, datelor, informațiilor și documentelor cerute în mod rezonabil și curent de către Societatea de Asigurări, acestea fiind prezentate/transmise în forma specificată de Societatea de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru aceasta din urmă.

Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 (treizeci) de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condițiile prezentului contract de asigurare.

Cererea pentru Indemnizația de Asigurare va conține următoarele date și informații și i se vor atașa cel puțin următoarele documente, după caz:

- a. formularul de despăgubire cerut de Societate, completat personal de Persoana Asigurată/Beneficiar;
- b. extrasul contului bancar curent în Lei al Asiguratului Principal / Subsidiar (dacă datele contului bancar nu au fost completate în solicitarea de despăgubire)
- c. numele Persoanei Asigurate;
- d. numărul Certificatului de Asigurare;
- e. descrierea detaliată a circumstanțelor producerii Accidentului și numele eventualilor martori;
- f. orice rapoarte ale organelor abilitate (poliție, pompieri, jandarmerie, etc.) privitoare la accident;
- g. raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea rănilor și să precizeze diagnosticul precis;
- h. Copia fișei medicale sau Referat medical cu istoricul medical al persoanei asigurate, eliberat de medicul de familie;
- i. biletul/biletele de ieșire din spital/documente oficiale emise de instituția sanitară privind perioada de spitalizare a Persoanei Asigurate;
- j. copia actului de identitate al Persoanei Asigurate.
- k. Certificat de deces și certificat medical constatator al decesului (eliberat de medic), în cazul Decesului
- l. Rezultatul autopsiei, dacă s-a practicat;
- m. alte documente relevante solicitate de Societatea de Asigurări.

În cazul în care Asigurătorul va considera necesar, Persoana Asigurată se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror Vătămări Corporale, costurile aferente fiind suportate de către Societatea de Asigurări. După survenirea oricărei Vătămări Corporale, Persoana Asigurată va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea obținerii și urmării recomandărilor primite, iar Societate de Asigurări nu va fi responsabil pentru consecințele apărute în urma refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate.

După primirea de către Asigurător a tuturor informațiilor solicitate și necesare pentru stabilirea Indemnizației de Asigurare, aceasta se va plăti fără dobândă, în maximum 20 (douăzeci) de zile calendaristice de la primirea dosarului pentru Indemnizația de Asigurare complet de către Societatea de Asigurări.

Pentru Asiguratul Principal Indemnizațiile de Asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în contul deschis la Banca Transilvania din care s-au debitat primele de asigurare. În cazul asiguraților subsidiari Indemnizațiile de Asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în contul deschis pe numele Beneficiarului sau în alt cont indicat de către Beneficiar.

## Modificarea acoperirii individuale

După data începerii Acoperirii Individuale Asiguratul Principal poate solicita oricând pe durata contractului modificarea asigurării pentru care a optat inițial și implicit, a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon 0264.286.444 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Numărul de telefon menționat în acest articol poate fi modificat de către Societatea de Asigurări, aceasta informație va fi disponibilă în timp util pe site-ul acestuia și va informa în scris Titularul poliței de această modificare.

Noua variantă de asigurare aleasă de către Asiguratul Principal va produce efecte începând cu Luna de Asigurare pentru care s-a achitat prima de asigurare modificată.

## Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal

**(A) Asigurarea contractată de Asiguratul Principal** (implicit și **Acoperirea Individuală**) va înceta pentru toate Persoanele Asigurate la primul din următoarele momente:

1. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare în cazul în care se încheie contul curent, desemnat pentru plata primelor sau se renunță la Serviciul de debitare automată;
2. la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maximă admisă (65 de ani);
3. la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta asigurării contractate;
4. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate după expirarea perioadei de gratuitate;
5. la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de încetare a asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate, calculată o singură dată de la data primirii confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și Serviciul de debitare automată, semnată de Asiguratul Principal și până la prima Data Scadentă, indiferent de varianta asigurării contractate.
6. la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare.

**(B) Acoperirea Individuală** va înceta pentru Asiguratul Subsidiar la data la care va înceta Acoperirea Individuală a Asiguratului Principal sau la data la care Asiguratul Subsidiar va împlini vârsta maximă admisă de 65 (saizecișicinci) de ani, respectiv 18 (optsprezece) sau 22 (douazecișidoi) de ani în cazul în care studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată în cazul Asiguratului Subsidiar copil al Asiguratului Principal.

**(C) Societatea de Asigurări**, fiind informată cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevăzute mai sus, se obligă să informeze Titularul Poliței cu privire la acest eveniment și la necesitatea încetării debitării automate a contului curent deschis la aceasta.

Asiguratul Principal are dreptul de a denunța unilateral contractul de asigurare în termen de 30 (treizeci) de zile calculat de la data primirii Certificatului de Asigurare conținând Termenii și condițiile asigurării, fără plata vreunei penalități și cu restituirea eventualelor prime plătite înăuntrul acestui termen de denunțare unilaterală. Contractul poate fi denunțat oricând și după îndeplinirea acestui termen, însă primele de asigurare plătite până la acel moment nu vor fi restituite. Notificarea de denunțare unilaterală se va depune la sediul Asiguratorului și va trebui să conțină datele de identificare ale Asiguratului Principal și semnătura acestuia. Contractul de asigurare poate fi denunțat și telefonic la numărul de telefon dedicat 0264.286.444 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

Încetarea Acoperirii Individuale nu va afecta nicio pretenție la Indemnizația de Asigurare formulată ulterior intervenirii oricăruia dintre cazurile de încetare, dacă Îmbolnăvirea sau Accidentul s-au produs în perioada cât Acoperirea Individuală era în vigoare și este în concordanță cu Termenii și condițiile din prezentele condiții de asigurare și dacă intervenția chirurgicală este efectuată în maxim 6 (șase) luni de la data accidentului sau a îmbolnăvirii.

Societatea de Asigurări va restitui Asiguratului Principal orice primă de asigurare plătită de acesta după data încetării Acoperirii.

Asiguratul Principal poate solicita încetarea asigurării cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data debitării primei de asigurare (datele în care se va încerca debitarea primei de asigurare și care coincide cu Data Scadentă sau cu reverificări la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare), formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon,

la numărul de telefon 0264.286.444 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom, apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00). Ca urmare a unei astfel de cereri asigurarea se reziliază odată cu cererea telefonică a Asiguratului Principal și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Societatea de Asigurări va fi considerată neautorizată.

În cazul în care Asiguratul Principal solicită rezilierea asigurării la o dată ulterioară datei menționate mai sus, prima de asigurare nu se va restitui.

## Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste condiții nu se vor aplica următoarelor evenimente, care au avut ca rezultat decesul sau o vătămare corporală care a necesitat intervenția chirurgicală, cauzată sau provocată de sau prin:

- a. război sau război civil;
- b. acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate;
- c. folosirea de către Persoana Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise de către Medici autorizați;
- d. cauzate direct sau indirect de consumul de alcool indiferent de gradul de alcoolemie al Persoanei Asigurate;
- e. tentativa de sinucidere a Persoanei Asigurate, indiferent de starea sa mentală, pe durata primilor 2 (doi) ani de la data intrării în vigoare a asigurării.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud toate evenimentele asigurate din accident cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de către:

- a. infecții bacteriene, cu excepția infecției piogenice survenind dintr-o rănire accidentală prin tăiere sau lovire;
- b. tratamentul medical sau chirurgical, cu excepția aceluia necesar pentru vătămrile acoperite de această asigurare și efectuat în perioada menționată în prezentele condiții de asigurare.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud de asemenea toate evenimentele asigurate din accident survenite în împrejurările următoare:

- a. participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;
- b. participarea activă a Persoanei Asigurate, în calitate de concurent, la orice competiție implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian;
- c. călătoria cu sau conducerea de către Persoana Asigurată a unei motociclete sau scooter de mai mult de 125 cm<sup>3</sup>;
- d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager plătit într-un aparat de zbor ce nu aparține unei societăți de transporturi aeriene autorizate legal pentru transportul de pasageri plătitori, pe rute programate, regulate și publicate;
- e. serviciul activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;
- f. participarea activă a Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni;
- g. utilizarea de către Persoana Asigurată, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

Dacă nu se specifică altfel, Societatea de Asigurări nu va rambursa, indemniza sau deveni răspunzătoare pentru nicio pretenție referitoare la:

- a. orice anomalie congenitală;
- b. orice afecțiune, deces, sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficienței Umane) și/sau orice boală legată de HIV, inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite) și/sau orice mutație derivativă sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod direct sau indirect;
- c. oricare eveniment survenit pe fondul afecțiunilor mentale sau nervoase, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihiatrică, depresie mintală sau tulburare psihică;
- d. orice tratament necesar unei afecțiuni, survenite în urma unui accident sau a unei îmbolnăviri, ce presupune o

internare într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescență, centre de dezintoxicare, centre de sănătate, etc.), Secție Clinică de Recuperare sau Centru de recuperare din cadrul unui Spital, centre cu consult extern sau centru de reabilitare/ recuperare, toate examinările periodice de control sau de observare, legate sau nu de orice îmbolnăvire existent înainte sau după data intrării în vigoare a acestei asigurări;

- e. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de o vătămare corporală
- f. chirurgie plastică sau cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei Vătămări Corporale;
- g. orice condiție preexistentă;
- h. intervenții chirurgicale efectuate pentru investigarea și tratamentul de sterilitate, fertilizarea „in vitro”, în scopuri de inseminare artificială.

Nicio afecțiune cauzată de sarcină nu este acoperită prin prezentul contract de asigurare în primele 9 luni de la Data Activării și nu poate fi cumulată cu niciun alt beneficiu plătit în baza acestui contract de asigurare. Ulterior în cazul în care, în urma unei sarcini, nașterea copilului are loc prin cezariană, Societatea de Asigurări va plăti către persoana asigurată beneficiul de cezariană, calculat ca procent din Suma Asigurată, conform „Tabelului de Plăți”.

Nu se va efectua nicio plată în caz de Intervenție Chirurgicală corelată cu o Îmbolnăvire apărută în primele 90 (nouăzeci) de zile de la Data intrării în vigoare a asigurării. În această perioadă vor fi acoperite numai Intervențiile Chirurgicale din Accident.

## Legea aplicabilă și jurisdicția

Prezentului contract i se aplică legislația din România, incluzând, dar nelimitându-se la următoarele acte normative cu modificările și completările ulterioare: Codul Civil al României, Legea nr. 32/2000, Legea nr.237/2015, Ordonanța Guvernului nr.85/2004 privind protecția consumatorilor la încheierea și executarea contractelor la distanță privind serviciile financiare și orice alte acte emise de autoritatea de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor.

Titularul Poliței și Persoana Asigurată/Reprezentantul Legal cuprinși în contractul de asigurare și Societatea de Asigurări vor încerca soluționarea pe cale amiabilă a oricărui litigiu rezultate din executarea contractului de asigurare. Orice reclamații adresate Societății de Asigurări de către Titularul Poliței sau de Persoana Asigurată/Reprezentantul legal cuprinși în contractul de asigurare în legătură cu executarea contractului de asigurare vor trebui formulate în scris, sub semnătura autorului, cu indicarea obiectului reclamației, a motivelor acesteia, a eventualelor mijloace de probă, a domiciliului și a datelor de identificare ale autorului (CNP, număr și serie act de identitate, numerele tuturor Contractelor la care se referă reclamația) și vor fi depuse de către acesta sau transmise prin fax/ scrisoare recomandată cu confirmare de primire la sediul Societății de Asigurări sau prin e-mail la adresa client@metropolitanlife.ro ori pe site-ul Societății pe www.metropolitanlife.ro, cu condiția completării tuturor câmpurilor obligatorii. Societatea de Asigurări va analiza reclamația și dacă va considera necesar va putea invita autorul la sediul său pentru susținerea reclamației sau va putea solicita acestuia prezentarea de explicații și/sau documente și îi va comunica răspunsul său în termen de 30 (treizeci) de zile de la înregistrarea reclamației, prin e-mail/fax/scrisoare recomandată cu confirmare de primire. Procedura amiabilă nu constituie o restrângere a dreptului petentului de a se adresa autorităților de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor (Autoritatea de Supraveghere Financiară și Banca Centrală a Irlandei), autorităților competente în domeniul protecției consumatorului și/sau instanțelor judecătorești competente.

## Taxe, impozite și onorarii

Taxele, onorariile și impozitele referitoare la operațiunile necesare plății primei de asigurare, dacă este cazul, se vor suporta de către Persoanele Asigurate împreună cu primele de asigurare și la momentul plății acestora. Beneficiarul care încasează Indemnizația de Asigurare va plăti impozitele, onorariile notariale și taxele aferente acestei Indemnizații de Asigurare, conform normelor legale în vigoare la data încasării acesteia.

## Forța majoră

Părțile sunt exonerate de răspundere în cazul neexecutării, executării necorespunzătoare sau cu întârziere a obligațiilor contractuale în caz de forță majoră, pe toată durata existenței acesteia.



Prin forță majoră se înțelege un eveniment independent de voința Părților, imprevizibil și insurmontabil, apărut după încheierea Poliței de Grup, care împiedică Părțile să-ți execute obligațiile asumate.

Evenimentul de forță majoră se va comunica în scris în termen de 5 (cinci) zile calendaristice de la apariția sa. Documentele oficiale care atestă existența evenimentului de forță majoră certificate de Camera de Comerț și Industrie a României, vor fi comunicate celeilalte Părți în termen de 15 (cincisprezece) zile calendaristice de la data apariției forței majore.

În cazul în care forța majoră, notificată în condițiile menționate în precedent, durează mai mult de 30 (treizeci) de zile calendaristice, oricare dintre Părți va putea notifica celeilalte Părți încetarea de drept a prezentului contract, fără ca acestea să-și datoreze daune interese.

## Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare

În conformitate cu prevederile Codului fiscal, în vigoare la data acestei versiuni a termenilor și condițiilor de asigurare, primele de asigurare aferente acestui contract de asigurare nu sunt deductibile fiscal. Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a unei modificări legislative.

## Tabel nr. 1 - Plăți pentru intervenții chirurgicale

Procent Din Suma Asigurată

Descrierea Procedurii Chirurgicale	Procentajul Maxim (%)
<b>ABDOMEN</b>	
Apendicectomie	35
Rezeția intestinală	70
Rezeția gastrică	70
Gastro - enterostomie	60
Colecistectomie	60
Laparatomie în scop de diagnostic, tratament sau extirparea unuia sau mai multor organe interne	50
Dacă nu este altfel specificat în continuare, două sau mai multe proceduri chirurgicale efectuate prin aceeași incizie abdominală vor fi considerate o singură intervenție chirurgicală.	
<b>ABCES</b>	
Incizia unuia sau mai multor abcese superficiale sau furuncule	5
Tratamentul unuia sau mai multor cabuncule sau abcese care necesită spitalizarea	10
<b>AMPUTARE</b>	
Degete de la mână sau picior, fiecare dintre ele	10
Mână, antebraț sau picior până la nivelul gleznei	20
Picior, braț sau coapsă	40
Coapsa până la nivelul articulației șoldului	70

**SÂNI**

Amputarea unuia sau ambilor sâni, cu rezecție radicală până în axilă	70
Amputarea simplă a unuia sau a ambilor sâni	40

**TORACE**

Toracoplastie completa (toracotomie)	100
Lobectomie sau pneumectomie	70
Toracectomie în scop de diagnostic sau pentru tratamentul organelor interne, cu excepția extragerii lichidului	30
Extragerea puroiului, cu excepția extragerii lichidului	10
Pneumotorax artificial	10
Bronhoscopie:	
• pentru diagnostic	10
• operativă, exclusiv biopsie	20

**URECHE**

Intervenție chirurgicală asupra timpanului	5
Mastoidectomie radicală, unilateral	50
Mastoidectomie radicală, bilateral	60
Miringotomie, uni sau bilaterală	100

**ESOFAG**

Intervenție chirurgicală pentru strictura esofagiană	40
Endoscopie	10

**OCHI**

Dezlipire de retină – fuzionare multipla	100
Cataractă	50
Glaucom	30
Enucleere	30
Excizia pterigionului	20
Incizia unui orjelet sau chalasion	5

**FRACTURI**

Tratament:

• Claviculă, omoplat sau antebraț, un singur os	15
• Tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10
• Femur	40
• Humerus	25
• Degete de la mână sau picior, fiecare din acestea, sau o coastă	5
• Antebraț- ambele oase, rotulă , fără să necesite tracțiune	20

• Gambă - ambele oase	30
• Mandibulă	20
• Carpiene, metacarpiene, piramidă nazală, coaste - două sau mai multe, sau stern	10
• Pelvis, fără să necesite tracțiune	30
• Procese transversale vertebrale, fiecare dintre acestea	5
• Vertebre, fractură prin compresie, una sau mai multe	40
• Articulația pumnului	10

Fractură deschisă - cominutivă:

• Pentru o fractură ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, inclusiv transplant de os sau sutura oaselor, se dublează procentele de mai sus, cu condiția ca indemnizația maximă să nu depășească 100

## APARATUL URO - GENITAL

Nefrectomie	70
Fixarea rinichiului	70
Intervenție chirurgicală de îndepărtare a tumorilor sau calculilor renali, ureterali sau vezicali:	
• Prin intervenție chirurgicală	60
• Prin cauterizare sau prin endoscopie	20
Intervenție chirurgicală pentru strictura uretrei sau deschiderea uretrei	30
Intervenție chirurgicală intra - uretrală	15
Prostată:	
• Prostatectomie totală	70
• Prostatectomie parțială endoscopică	25
• alt tip de operație	50
Orhitectomie sau epididimectomie	25
Hidrocel sau varicoel	10
Intervenție chirurgicală pentru extirparea tumorilor fibroide fără abordare abdominală	20
Cezariana	20

## GUȘĂ TIROIDIANĂ

Tiroidectomie, incluzând toate stadiile de procedură chirurgicală	70
---	----

## HERNIE

• Hernie unilaterală	20
• Hernie bilaterală	50

## ARTICULAȚII ȘI LUXAȚII

Incizie articulară pentru tratamentul unei boli sau tulburări funcționale, cu excepțiile menționate în continuare și cu excepția extragerii lichidului	15
Alte cazuri decât cele menționate mai sus, incizie la umăr, cot, șold sau articulația genunchiului, cu excepția extragerii lichidului	40
Excizia, fixarea prin operație, dezarticularea sau artroplastia la:	
• umăr, șold sau coloana vertebrală	75

• genunchi, cot, încheietura mâinii sau gleznă	30
Luxație la:	
• degetele de la mână sau picior, fiecare dintre acestea	5
• umăr sau cot, încheietura mâinii sau gleznă	15
• mandibulă	5
• șold sau genunchi, cu excepția rotulei	20
• rotulă	5
Pentru o luxație ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, procentajul se dublează, cu condiția ca indemnizația maximă să nu depășească 100	

## NAS

Intervenție chirurgicală intranasală de sinus maxilar	15
Intervenție chirurgicală extranasală de sinus	35
Vegetații adenoide, extragerea unuia sau mai multora	5
Rezecție submucoasă	25
Turbinectomie	10

## PARACENTEZĂ

Extragere de lichid din:	
• Abdomen	10
• Torace sau vezică, exceptând cateterizarea	5
• Timpan, hidrocel, articulații sau coloana vertebrală	5

## RECT

Rezecție radicală de tumori maligne, toate stadiile, inclusiv colostomie	100
Hemoroizi externi, excizie completă	10
Hemoroizi interni, sau interni și externi, inclusiv prolaps rectal, total pentru excizie sau tratament complet prin injectare	20
Fistulă anală	15
Fisură anală	5
Alte operații cu incizie în zona rectală	20

## CRANIU

Incizia calotei craniene, exceptând trepanarea și extragerea de lichid	100
Îndepărtare de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30

## GÂT

Amigdalectomie sau amigdalectomie și adenoidectomie:	
• adulți și copii de 15 ani sau mai mult	10
• copii sub 15 ani	15
Laringoscopie în scop de diagnostic	5

## TUMORI

Intervenție chirurgicală de extirparea de:

tumori maligne, exceptându-le pe cele ale

• mucoaselor, pielii și țesutului subcutanat	50
• tumori maligne ale mucoaselor, pielii și țesutului subcutanat	25
• sinus sau chist pilonidal, prin incizie	25
• tumori benigne ale testiculilor sau sânilor	20
• ganglioni	5
• tumori benigne, una sau mai multe, cu excepțiile menționate	10

## VENE

Intervenție chirurgicală completă pentru boală varicoasă - procedură completă sau tratament prin injectare:

• la un picior	20
• la ambele picioare	30







# Despre Metropolitan Life, parte din MetLife, Inc.

Metropolitan Life este parte din MetLife, Inc. (NYSE: MET), care prin subsidiarele și afiliații săi (“MetLife”), este una dintre cele mai importante companii ce oferă servicii financiare – asigurări de viață, planuri de pensii, beneficii pentru angajați și servicii de administrare a activelor – pentru a sprijini clienți individuali și instituționali, într-o lume aflată într-o evoluție continuă. Înființată în anul 1868, MetLife are operațiuni deschise în peste 40 de țări și deține poziții de conducere în piețe din Statele Unite ale Americii, Japonia, America Latină, Asia, Europa și Orientul Mijlociu. Pentru mai multe informații, accesați [www.metlife.com](http://www.metlife.com).

[www.metropolitanlife.ro](http://www.metropolitanlife.ro)

---

Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, Nr. ORC J40/135/07.01.2016, CUI 35383464, Tel: +4.021.208.41.00/ Fax: +4.021.208.41.04, [client@metropolitanlife.ro](mailto:client@metropolitanlife.ro)

sucursală a **MetLife Europe Designated Activity Company**, societate Irlandeză constituită sub forma de „private company limited by shares”, înregistrată în Dublin, Str. Lower Hatch, nr. 20, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062