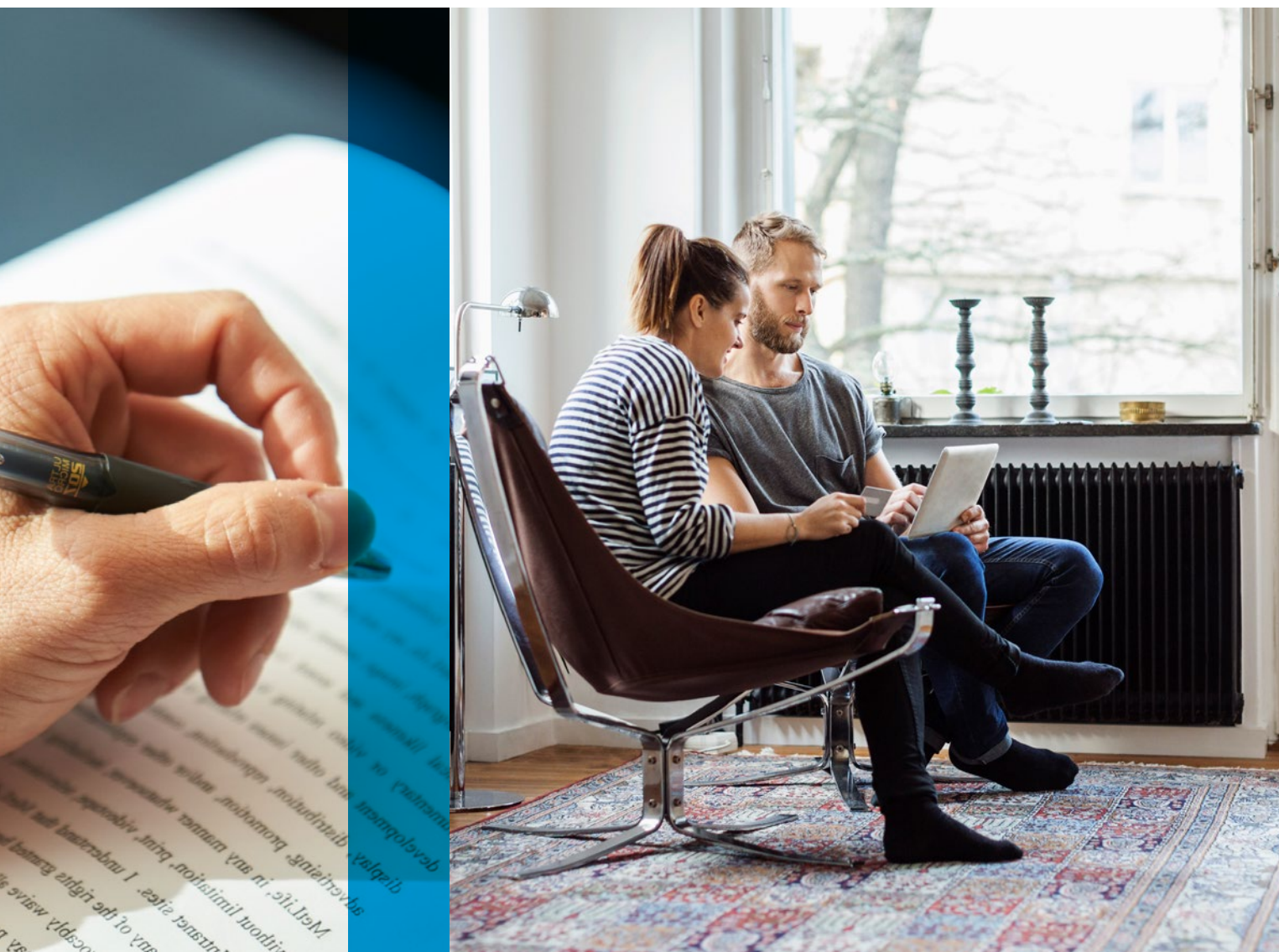


Medical Plus



 **Metropolitan Life**

Pășim prin viață împreună

**BANCA
TRANSILVANIA®**



Avantaje

Asigurarea Medical Plus vă oferă protecție financiară sub forma unei Indemnizații de Asigurare pentru:

- fiecare intervenție chirurgicală suferită, fiind asigurate intervențiile chirurgicale cauzate de toate formele de accidente: casnice, profesionale sau de transport, survenite pe durata asigurării, conform condițiilor contractuale prezentate în continuare;
- Decesul ca urmare a unei Îmbolnăviri.

Acoperire

Asigurarea Medical Plus vă oferă protecție financiară 24 din 24 de ore, 365 de zile pe an, oriunde în lume. De această asigurare poate beneficia orice persoană cu cetățenie română, cu vârsta cuprinsă între 18 și 64 de ani, care deține un cont curent în Lei la Banca Transilvania și care își exprimă dorința de a beneficia de protecția prin asigurare, cât și de oportunitatea plății automate din contul său a primelor de asigurare prin Serviciul de debitare directă oferit în mod gratuit de Banca Transilvania.

Accesibilitate

Medical Plus se activează automat din momentul în care semnați documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării, fără proceduri birocratice.

Cuprins

Medical Plus	1
Definiții	2
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	8
Încetarea asigurării contractate de Asiguratul Principal	8
Excluderi	9
Legea aplicabilă și jurisdicția	11
Taxe, impozite și onorarii	11
Forța majoră	11
Acțiuni în justiție	12
Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	12
Plăți pentru intervenții chirurgicale	12
Acord de utilizare a Serviciului de debitare directă	14
Preambul	14
1. Definiții	14
2. Condițiile specifice de utilizare a serviciului de debitare directă	15
3. Obligațiile părților	16
4. Modificări	16
5. Încetarea și suspendarea prestării serviciului	16
6. Forța majoră	17
7. Dispoziții finale	17

Puteți opta pentru unul dintre pachetele de asigurare de mai jos, pe care îl considerați potrivit pentru dumneavoastră:

Varianta Individuală de protecție PREMIUM:

1. Indemnizația de Asigurare plătită Asiguratului Principal în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 26.500 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Decesului ca urmare a unei Îmbolnăviri este de 300 Lei

2. Valoarea primei de asigurare pentru varianta Asigurării Individuale este de 25,00 Lei/lună

Varianta Extinsă (pentru Familie, soț/soție și/sau copil/copii) de protecție PREMIUM:

1. Indemnizația de Asigurare plătită Asiguratului Principal în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 26.500 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Decesului ca urmare a unei Îmbolnăviri este de 588 Lei

2. Indemnizația de Asigurare plătită soțului/soției și/sau copilului/copiilor în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 13.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției

3. Valoarea primei de asigurare pentru varianta Asigurării Extinse este de 49,00 Lei/lună

Varianta Individuală de protecție STANDARD:

1. Indemnizația de Asigurare plătită Asiguratului Principal în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 20.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Decesului ca urmare a unei Îmbolnăviri este de 228 Lei

2. Valoarea primei de asigurare pentru varianta Asigurării Individuale este de 19,00 Lei/lună

Varianta Extinsă (pentru Familie, soț/soție și/sau copil/copii) de protecție STANDARD:

1. Indemnizația de Asigurare plătită Asiguratului Principal în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 20.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Decesului ca urmare a unei Îmbolnăviri este de 444 Lei

2. Indemnizația de Asigurare plătită soțului/soției și/sau copilului/copiilor în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 10.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției

3. Valoarea primei de asigurare pentru varianta Asigurării Extinse este de 37,00 Lei/lună

Medical Plus

Primele de asigurare se vor retrage automat din contul curent în Lei deschis la Banca Transilvania, la solicitarea Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, prin intermediul Serviciului de debitare directă, economisind astfel timpul și efortul de a efectua plata primelor de asigurare la unul dintre ghișeele Băncii.

În perioada de valabilitate a acoperirii puteți aduce modificări asupra Programului de Asigurare pe care îl dețineți, doar apelând numărul de telefon dedicat 0314.137.909, între orele 09:00 și 18:00. Pentru a beneficia de protecția oferită de această asigurare, trebuie să vă asigurați că lunar, în Contul dumneavoastră deschis la Banca Transilvania se găsește disponibilul necesar plății primei de asigurare la Data Scadentă sau la una din încercările de debitare ulterioare efectuate de către Banca Transilvania.

În paginile următoare veți regăsi Condițiile Generale, care fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Dacă aveți vreo întrebare legată de acestea, aveți posibilitatea să suni la numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00 și în orice moment specialiștii noștri vă stau la dispoziție.

Definiții

POLIȚA DE GRUP reprezintă documentul semnat de către Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București (Societatea de Asigurări) și de către Banca Transilvania S.A. (Banca), care reglementează condițiile asigurării pentru Persoanele Asigurate, ce constituie Grupul 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 directă oferit de Banca Transilvania Asiguratului Principal, Serviciu special creat pentru plata primelor de asigurare și care nu au împlinit vârsta 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 Extinsă).

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.

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

- a. este titularul unui cont curent în Lei deschis la Bancă;
- b. a confirmat telefonic, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile procedurale stabilite de Părți, Termenii și condițiile asigurării, și în scris primirea setului de documente ce conține Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare și înscrierea în Programul de Asigurare de Grup stabilit prin prezentele condiții contractuale, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (pentru Familie);
- c. nu a împlinit încă 64 (șaizecișipatru) de ani la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;
- d. a confirmat telefonic, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile procedurale stabilite de Părți, acceptarea Serviciului de debitare directă a primelor de asigurare și a confirmat în scris primirea Acordului de debitare directă din contul curent menționat în Certificatul de Asigurare și transferarea acestora către Societatea de Asigurări, în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare;
- e. pentru Programul de Asigurare Medical Plus s-a încadrat în cel puțin una dintre categoriile din „Chestionarul de sănătate”.

(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/acestora în Programul de Asigurare de Grup, optând în acest sens pentru varianta de Asigurare Extinsă;
- b. prima de asigurare corespunzătoare perioadei asigurate a fost achitată de către Asiguratul Principal.

(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 65 (șaizecișicinci) de ani;
- b. copil: persoana care la data producerii Riscului Asigurat îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 1. este copil al Asiguratului Principal (incluzând copilul din afara căsătoriei al soțului/soției Asiguratului Principal și/sau copilul adoptat cu efecte depline de către Asiguratul Principal);
 2. are vârsta cuprinsă între cel puțin 6 (șase) luni și până la 18 (optsprezece) ani inclusiv, respectiv până la 22 (douazecișidoi) de ani inclusiv, în cazul în care la data producerii Riscului Asigurat studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată.

ASIGURAREA EXTINSĂ 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 soției/soțului acestuia, spre deosebire de **ASIGURAREA INDIVIDUALĂ** în baza căreia protecția se acordă doar Asiguratului Principal.

BENEFICIARUL înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului Asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare. În cazul decesului Persoanei Asigurate, Beneficiarul este moștenitorul legal sau testamentar, iar în privința tuturor celorlalte Riscuri Asigurate, Beneficiarul este însăși Persoana Asigurată.

Pentru evitarea oricărui dubiu, Banca nu are calitatea de Beneficiar, respectiv nu are dreptul de a primi Indemnizația de Asigurare.

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

- Deces ca urmare a unei Îmbolnăviri;
- Intervenție Chirurgicală ca urmare a unui Accident.

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 Societatea de Asigurări 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, care 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 și a Serviciului de debitare directă oferit de Bancă, Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta.

PLATA PRIMEI este în sarcina Asiguratului Principal, care trebuie să asigure în contul curent deschis la Bancă (și menționat în Certificatul de Asigurare) disponibilul necesar plății primelor de asigurare, astfel încât Banca să poată transfera automat 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, din contul Asiguratului Principal, sumele solicitate de către Societatea de Asigurări. Prin semnarea confirmării de primire a documentelor de asigurare și a acceptului privind plata primelor de asigurare prin Serviciul de debitare directă, Asiguratul Principal își exprimă acordul expres pentru acceptarea Serviciului de debitare directă pentru plata primelor de asigurare oferit în mod gratuit de Bancă. Asiguratul Principal a optat telefonic ca Banca să efectueze din contul său curent, în fiecare lună, operațiunile de plată inițiate de Societatea de Asigurări pentru plata automată a sumelor reprezentând primele de asigurare datorate de Asiguratul Principal Societății de Asigurări, la Data Scadentei și dacă este cazul ulterior acesteia la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima este scadentă. Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare ("Data Scadentei primei 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 programul 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 directă 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.

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

PLĂTITORUL PRIMELOR DE ASIGURARE este Asiguratul Principal, care are obligația să asigure și să mențină în contul curent în Lei deschis la Bancă 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.

SUMA ASIGURATĂ/INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE 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 Persoanei Asigurate în cazul producerii Riscului 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 directă.

ÎMBOLNĂVIREA înseamnă o modificare diagnosticată medical a stării de sănătate fizică, necauzată de Accident, manifestată pentru prima oară după Data intrării în vigoare a asigurării.

ACCIDENTUL înseamnă un eveniment care a avut ca rezultat o Vătămare Corporală detectabilă din punct de vedere medical, cu condiția ca această vătămare să nu fi fost intenționată din partea Persoanei Asigurate, să fi fost suferită

în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale/Extinse (astfel cum este definită în prezentele condiții de asigurare) acordată în baza prezentelor condiții de asigurare și să fi fost cauzată de forțe externe, necontrolabile de către Persoana Asigurată, indiferent de oricare alte condiții.

VĂTĂMAREA CORPORALĂ 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 o condiție pe baza căreia s-a primit îngrijire, tratament sau aviz de la un medic sau care a fost contactată ori s-a manifestat înainte de Data intrării în vigoare a acoperirii individuale.

SPITALUL înseamnă un stabiliment care îndeplinește toate condițiile următoare: (1) deține licență de spital, dacă licența este cerută de către jurisdicția locală sau guvernamentală; (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 unul sau mai mulți Medici disponibili permanent; (5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și intervenții chirurgicale majore; (6) nu este, cu titlu principal, o policlinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescență sau un alt stabiliment similar și nu este, astfel decât în mod incidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenți de droguri; (7) dispune de un echipament pentru raze X și de facilitățile aferente de funcționare.

SPITALIZAT înseamnă o persoană care este internată într-un Spital ca pacient rezident timp de cel puțin o noapte, cu serviciu complet de masă și cazare.

MEDICUL este persoana autorizată legal pentru a practica medicina și/sau chirurgia, alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia până la gradul 2 inclusiv.

INVALIDITATEA TOTALĂ PERMANENTĂ înseamnă că Persoana Asigurată este incapabilă să se angajeze în fiecare și oricare ocupație sau funcție în schimbul unei compensații sau a unui profit și care, după toate probabilitățile va continua 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.

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:

- a) 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 directă;
- b) pentru Asigurații Subsidiari, la data la care sunt întrunite cu privire la persoana lor toate condițiile menționate la articolul de mai sus.

Asiguratul Principal va primi într-un interval de aproximativ 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 directă 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, precum și utilizarea Serviciului de debitare directă pentru plata primelor de asigurare, reprezintă data la care se activează Acoperirea Individuală și, în mod implicit, Serviciul de debitare directă aferent, Asiguratul Principal având obligații la plată începând cu prima Data Scadentă conform Termenilor și condițiilor de asigurare.

Persoana Asigurată beneficiază de o perioadă de gratuitate de cel puțin 1 (o) lună de acoperire, calculată o singură dată de la data înscrierii în asigurare, reprezentând data semnării confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și implicit a acordului privind încheierea asigurării, dar nu mai mult de 2 (două) luni de la data semnării confirmării de primire, respectiv de 1 (o) lună de acoperire fără a avea obligații la plată izvorâte din contractul de asigurare încheiat între Societatea de Asigurări 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. Perioada de gratuitate va fi calculată de la momentul semnării de către Asiguratul Principal a confirmării de primire a documentelor de asigurare și ultima zi calendaristică a lunii următoare celei în care au fost primite documentele de asigurare, prin care Asiguratul Principal confirmă înscrierea în Programul de Asigurare reglementat de prezentele condiții de asigurare.

Persoana Asigurată beneficiază de asigurare prin debitarea directă a contului curent în Lei al Asiguratului Principal, menționat în Certificatul de Asigurare, cu valoarea primei de asigurare, doar cu condiția primirii de către Societatea de Asigurări a confirmării de primire a documentelor privind asigurarea (Termenii și condițiile asigurării și Certificatul de Asigurare) de către Asiguratul Principal și care reprezintă dovada înscrierii în Programul de Asigurare de Grup. În caz de neexistență a dovezii privind primirea acestor documente de către Asiguratul Principal, asigurarea nu se activează și nu se va debita contul curent al Asiguratului Principal cu valoarea primei de asigurare.

Acoperirea Individuală este valabilă o Luna de Asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunar la Data Scadentă. În cazul neplătii Primei de Asigurare la Data Scadentă sau până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentei, 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 convenit Beneficiarului să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie.

Societatea de Asigurări nu este responsabilă 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.

Societatea de Asigurări 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 Societatea de Asigurări le folosește în legătură cu riscurile corespunzătoare.

Plata primei

Plata primei lunare de asigurare este în sarcina exclusivă a Asiguratului Principal, prezentele condiții de asigurare neputând fi interpretate sub nicio formă în sensul atribuirii acestei obligații de plată în sarcina Băncii. Pentru evitarea oricărui dubiu Banca nu are calitate de „Contractant”, astfel cum este definit de legislația aplicabilă în materia asigurărilor, respectiv Banca nu are obligația de a plăti prima de asigurare. Această prevedere nu poate face obiectul unei modificări. Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentei (menționată în Certificatul de Asigurare și care este data de 1 a fiecărei luni), pentru Luna de Asigurare imediat următoare, prin debitarea contului curent în Lei menționat în Certificatul de Asigurare, în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă, fiecare dintre ele în varianta Premium sau Standard), cu condiția existenței dovezii privind confirmarea primirii documentelor privind asigurarea cu plata primelor de asigurare prin Serviciul de debitare directă, astfel:

Tip acoperire	Prima lunară/ Premium	Prima lunară/ Standard
Asigurare Individuală	25,00 RON	19,00 RON
Asigurare Extinsă/Familie	49,00 RON	37,00 RON

Plata primelor de asigurare se va efectua de către Asigurații Principali, prin intermediul Serviciului de debitare directă oferit de către Bancă și acceptat de către aceștia. Plata sumelor scadente se va realiza în conformitate cu instrucțiunile de debitare directă transmise Băncii de către Societatea de Asigurări. Instrucțiunile de debitare directă vor fi întocmite de către Societatea de Asigurări în conformitate cu contractul de asigurare încheiat între aceasta din urmă și Asiguratul Principal, pentru care se efectuează plățile prin Serviciul de debitare directă.

Dacă la Data Scadenței nu există disponibil în contul curent pentru plata integrală a primei de asigurare, se vor efectua reverificări ale contului bancar curent, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare, pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă, în vederea efectuării plății primei de asigurare. Verificările 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 Scadenței.

Societatea de Asigurări nu acceptă plăți parțiale din prima de asigurare, aceasta trebuie plătită integral la Data Scadentă sau la una dintre încercările de debitare ulterioare.

Asiguratul Principal are obligația să asigure și să mențină în contul curent deschis la Bancă disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadenței, pe toată durata de valabilitate a programului de asigurare pentru care a optat.

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

Contul curent este acel cont (menționat în Certificatul de Asigurare) pe care Asiguratul Principal îl are deschis la Bancă, din care se va face debitarea directă a primelor de asigurare.

Data Scadenței primei de asigurare va fi considerată data de 1 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 ultima zi lucrătoare, anterioară Datei Scadente.

Dacă până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadenței, 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.

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 achitat, astfel:

Riscuri Asigurate	Premium			Standard		
	Individual	Familie		Individual	Familie	
	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/Soție și copil	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/Soție și copil
Intervenție chirurgicală din Accident	%26.500	%26.500	%13.000	%20.000	%20.000	%10.000
Deces din Îmbolnăvire	300	588	-	228	444	-

Deces ca urmare a unei Îmbolnăviri

În cazul în care, ca urmare 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.

Beneficiu chirurgical ca urmare a unui Accident

În cazul în care, ca rezultat al unei Vătămări Corporale 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 de Asigurare pentru costul procedurii, limitată la Procentajul din Beneficiul Maxim, specificat în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale (Tabel nr. 1), pentru intervenția chirurgicală efectuată.

Dacă se efectuează mai multe proceduri chirurgicale în aceeași ședință operatorie, Indemnizația de Asigurare va fi limitată la cel mai ridicat procentaj din Beneficiul Maxim aplicabil acestor proceduri.

Pentru orice procedură nespecificată în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale (Tabelul nr. 1), Societatea de Asigurări va indemniza prin analogie cu o procedură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Societății de Asigurări, cu excepția cazului când acea operație este exclusă în mod expres printr-o clauză cuprinsă în prezentele condiții de asigurare.

Societatea de Asigurări va fi notificată de către Persoana Asigurată în termen de cel mult 30 (treizeci) de zile lucrătoare de la data producerii Riscului Asigurat, în scris la adresa Metropolitan Life Asigurări S.A., B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, Sector 1, București, sau prin telefon la numărul 021.208.41.00 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

Toate pretențiile la Indemnizația de Asigurare vor fi adresate Societății de Asigurări în scris sau prin telefon de către Persoana Asigurată, acesteia revenindu-i și responsabilitatea furnizării certificatelor, datelor, informațiilor și documentelor cerute în mod rezonabil și curent de către Societatea de Asigurări, care se vor prezenta în forma și natura specificată de Societatea de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru aceasta din urmă.

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

- a. numărul contului curent al Asiguratului Principal;
- b. numele Persoanei Asigurate;
- c. numărul Certificatului de Asigurare;
- d. descrierea detaliată a circumstanțelor producerii Accidentului și numele eventualilor martori;
- e. orice rapoarte ale organelor de poliție privitoare la Accident;
- f. raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea rănilor și să precizeze diagnosticul precis;
- g. biletul de ieșire din Spital/documentul oficial emis de instituția sanitară privind perioada de spitalizare a Persoanei Asigurate;
- h. copia după documentația medicală care confirmă intervențiile chirurgicale efectuate;
- i. fișa medicală de la medicul de familie privind istoricul medical al Persoanei Asigurate;
- j. copia actului de identitate al Persoanei Asigurate.

În cazul în care Societatea de Asigurări 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 Societatea de Asigurări nu va fi responsabilă pentru consecințele apărute în urma refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate.

După primirea de către Societatea de Asigurări a tuturor informațiilor solicitate și necesare pentru stabilirea Indemnizației de Asigurare, aceasta se va plăti fără dobândă, în termen de 15 (cincisprezece) zile calendaristice de la momentul stabilirii, fără însă a se putea depăși 20 (douăzeci) de zile calendaristice de la primirea dosarului complet pentru Indemnizația de Asigurare de către Societatea de Asigurări.

Indemnizațiile de Asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în orice cont indicat de către Asiguratul Principal, deschis la Bancă sau, după caz, în alt cont indicat de către Persoana Asigurată.

În niciun caz Persoanele Asigurate nu vor putea solicita plata nici unei Indemnizații de Asigurare în afara prevederilor prezentei asigurări.

Odată cu plata Indemnizației de Asigurare, Societatea de Asigurări va restitui Persoanei Asigurate și prima/primele de asigurare plătite de Asiguratul Principal după data producerii Riscului Asigurat până la data încasării Indemnizației de Asigurare, în cazul în care Riscul Asigurat produs a avut ca efect încetarea asigurării încheiate de către Asiguratul Principal.

Modificarea acoperirii individuale

După data începerii Acoperirii Individuale Asiguratul Principal poate solicita oricând pe durata contractului modificarea asigurării pentru care a optat inițial, în sensul alegerii uneia dintre variantele de asigurare disponibile (Asigurare Extinsă sau Asigurare Individuală, fiecare dintre ele în variantă Premium sau Standard) și implicit a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

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 3 (trei) ani de la data încetării Poliței de Grup în temeiul căreia s-a emis Certificatul de Asigurare, din orice cauză; după data încetării Poliței de Grup, niciun nou asigurat nu va mai fi înrolat, dar protecția prin asigurare se va menține pentru portofoliul deja înrolat la data încetării pentru încă 3 (trei) ani, cu condiția colectării primei lunare de asigurare prin Serviciul debitare directă, conform Convenției de Direct Debit încheiată între Societatea de Asigurări și Bancă;
2. în cazul în care se închide contul curent, desemnat pentru plata primelor sau încetează Serviciul de debitare directă, indiferent de motiv, asigurarea încetează la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare;
3. la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maximă admisă (64 de ani);
4. la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta asigurării contractate;
5. în cazul în care Asiguratul Principal solicită în mod expres încetarea asigurării contractate, caz în care asigurarea încetează la data solicitării (dacă aceasta este formulată în cadrul perioadei de gratuitate) sau la data la care expiră ultima primă de asigurare plătită înainte de data solicitării (dacă solicitarea este efectuată după perioada de gratuitate);
6. în cazul aplicării perioadei de 6 (șase) luni consecutive de neplată (6 Data Scadente lunare consecutive);
7. în cazul în care Asiguratul Principal solicită suspendarea furnizării Serviciului de debitare directă și nu solicită reluarea acestuia într-un termen de maximum 6 (șase) luni de la data solicitării suspendării acestui Serviciu.

(B) Societatea de Asigurări, fiind informată cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevăzute mai sus, se obligă să informeze Banca cu privire la acest eveniment și la necesitatea sistării Serviciului de debitare directă atașat contului curent deschis al Asiguratului Principal.

Asiguratul Principal poate denunța asigurarea cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare care preced 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 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Ca urmare a unei astfel de cereri, asigurarea încetează odată cu solicitarea telefonică a Asiguratului Principal.

Încetarea Acoperirii Individuale nu va afecta nicio pretenție la Indemnizația de Asigurare formulată ulterior intervenirii oricăruia dintre cazurile de încetare, dacă Accidentul s-a produs în perioada în care Acoperirea Individuală era în vigoare și este în concordanță cu Termenii și condițiile din prezentele condiții de asigurare.

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

Asiguratul Principal poate denunța asigurarea cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare care preced 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 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Ca urmare a unei astfel de cereri, asigurarea încetează odată cu solicitarea telefonică a Asiguratului Principal.

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 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), 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 deja debitată nu se va restitui.

Asiguratul Principal are posibilitatea de a solicita suspendarea furnizării Serviciului de debitare directă oferit de către Bancă, în scopul plății primelor de asigurare către Societatea de Asigurări, cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare care preced 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) și va formula o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Ca urmare a unei astfel de cereri, Serviciul de debitare directă se suspendă.

Reluarea Serviciului de debitare directă se poate face doar pe baza unei cereri exprese a Asiguratului Principal formulată cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data Scadentei primei de asigurare pentru a cărei plată dorește să își dea consimțământul, apelând același număr de telefon menționat anterior. În cazul în care Asiguratul Principal solicită reluarea plății primelor de asigurare prin intermediul Serviciului de debitare directă, după termenul menționat mai sus, debitarea contului cu valoarea primei lunare de asigurare se va relua începând cu următoarea Data Scadentă datei solicitării. Banca nu poate fi ținută răspunzătoare în niciun fel pentru situațiile de suspendare intervenite conform dispozițiilor de mai sus.

În cazul în care perioada de suspendare a furnizării Serviciului de debitare directă depășește 6 (șase) luni consecutive (6 Data Scadente lunare consecutive), asigurarea se reziliază de plin drept, fără posibilitatea de reluare a Acoperirii și a Serviciului de debitare directă.

În cazul în care Asiguratul Principal suspendă furnizarea Serviciului de debitare directă la o dată ulterioară datei menționate mai sus, prima de asigurare deja debitată nu se va restitui.

Asiguratul Principal are posibilitatea de a solicita încetarea furnizării Serviciului de debitare directă oferit de către Bancă, în scopul plății primelor de asigurare către Societatea de Asigurări, cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare care preced 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) și va formula o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

În urma acestei solicitări de încetare, Societatea de Asigurări nu va mai transmite către Bancă instrucțiuni de debitare a contului curent în Lei al Asiguratului Principal cu primele de asigurare lunare. Odată cu încetarea Serviciului de debitare directă asigurarea încetează automat. Banca nu poate fi ținută răspunzătoare în niciun fel pentru situațiile de încetare intervenite conform dispozițiilor de mai sus.

În cazul în care Asiguratul Principal denunță Serviciul de debitare directă la o dată ulterioară datei menționate mai sus, prima de asigurare deja debitată nu se va restitui.

Societatea de Asigurări se obligă să informeze de îndată, în scris, Banca, cu privire la cererea de suspendare/încetare/reluare a Serviciului de debitare directă formulată de către Asiguratul Principal.

Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste Condiții Speciale nu se vor aplica Îmbolnăvirilor sau Vătămărilor Corporale cauzate sau provocate 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. consumul de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Persoanei Asigurate ce depășește limitele prescrise de legislația referitoare la circulația autovehiculelor pe drumurile publice sau de droguri;
- e. sinuciderea și tentativa de sinucidere a Persoanei Asigurate.

Următoarele excluderi sunt aplicabile doar evenimentelor consecința unui Accident, nu și celor consecință a unei Îmbolnăviri:

- a. infecții bacteriene, cu excepția infecției piogenice survenind dintr-o tăiere sau rănire accidentală;
- b. tratamentul medical sau chirurgical, cu excepția aceluia necesar pentru Vătămările Corporale acoperite de aceste Condiții Speciale și efectuat în perioada menționată în Condițiile Speciale.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud de asemenea toate Îmbolnăvirile sau Vătămările Corporale 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 cm³, dacă nu se specifică altfel printr-o anexă specială;
- d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager plătitor 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.

În cazul descris la punctul e), Societatea de Asigurări va returna o valoare de primă proporțională cu perioada de bază a serviciului.

Dacă nu se specifică altfel, Societatea de Asigurări nu va despăgubi și nu va deveni răspunzătoare pentru nicio pretenție referitoare la evenimente care apar ca urmare a efectuării serviciului militar în armată, într-un alt fel decât cel indicat la punctul anterior, în orice țară. Prin efectuarea serviciului militar în armată înseamnă toate actele militare, în special, exerciții, manevre și alte operațiuni militare de natură similară.

Dacă nu se specifică altfel, Societatea de Asigurări nu va despăgubi și nu va deveni răspunzătoare pentru nicio pretenție referitoare la:

- a. orice anomalie congenitală;
- b. orice afecțiune, deces, pierdere 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;
- c. oricare tratament pentru oricare afecțiune mintală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihiatrică, depresie mentală sau dezordine mentală;
- d. tratamente de orice natură și orice internări în instituții de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenți, centre de dezintoxicare, etc.);
- e. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de un Accident;
- f. chirurgie plastică sau cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei Vătămări Corporale;
- g. orice afecțiune sau boală preexistentă.

Asigurarea pentru intervenții chirurgicale oferă protecție în cazul Îmbolnăvirii Persoanei Asigurate, unde Îmbolnăvirea este definită ca modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate. Sarcina, inclusiv nașterea, este considerată stare fiziologică, nu boală, în consecință este exclusă de la plata beneficiilor. Totodată spitalizarea, intervențiile chirurgicale sau invaliditatea datorate modificării organice sau funcționale a stării normale de sănătate a fătului (ex: întreruperea sarcinii datorată sindromului Down, sau nașterea prematură datorată problemelor de sănătate ale copilului, etc.) nu sunt acoperite prin asigurare. Spitalizarea, intervențiile chirurgicale sau invaliditatea datorate Îmbolnăvirii (modificarea stării de sănătate) a mamei asigurate (ex: spitalizarea sau invaliditatea temporară datorate diabetului gestațional sau hipertensiunii arteriale gestaționale, intervenția chirurgicală pentru sarcina extrauterină, etc.) sunt acoperite prin această asigurare. Oricare intervenții chirurgicale asociate sarcinii normale nu sunt acoperite prin asigurare. Intervenția chirurgicală cezariană va fi acoperită doar dacă se datorează Îmbolnăvirii mamei, orice intervenții chirurgicale programate nefiind acoperite.

Nu se va efectua nicio plata 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.

Nu se va efectua nicio plată în caz de Intervenție Chirurgicală a amigdalelor în primele 180 (osutăoptzeci) de zile de la Data intrării în vigoare a asigurării.

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. 136/1995, Legea nr. 32/ 2000, Legea 237/2015 și orice alte acte emise de autoritatea de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor. În măsura în care Titularul Poliței/Persoana Asigurată/Reprezentanții legali se consideră vătămați în drepturile izvorâte din prezenta asigurare, se pot adresa Societății de Asigurări cu o reclamație. Orice reclamație adresată Societății de Asigurări de către Titularul Poliței/Persoana Asigurată/Reprezentanții legali ai acesteia, în legătură cu executarea Contractului de asigurare de Grup va trebui formulată în scris, sub semnătura autorului, cu indicarea obiectului reclamației, a motivelor acestuia, 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 personal 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 de Asigurări, pe www.metropolitanlife.ro cu condiția completării tuturor câmpurilor obligatorii. Societatea de Asigurări, prin Comitetul de Soluționare a Reclamațiilor, va analiza reclamația și dacă consideră 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 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 – A.S.F. 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.

Acțiuni în justiție

Nu se va intenta nicio acțiune în justiție pentru plata Indemnizației de Asigurare în baza Acoperirii Individuale, după expirarea unei perioade de 2 (doi) ani de la data soluționării cererii pentru Indemnizația de Asigurare. Instanțele competente pentru soluționarea oricăror pretenții izvorâte din prezentul contract sunt cele din România.

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

În conformitate cu prevederile Codului fiscal, nu constituie venituri impozabile sumele încasate din asigurări de orice fel reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi, cu excepția câștigurilor primite de la societățile de asigurări ca urmare a contractului de asigurare încheiat între Părți, cu ocazia tragerilor de amortizare. Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a modificării, abrogării unor reglementări chiar de nivel inferior care să le circumstanțieze aplicabilitatea.

Tabelul nr. 1

Plăți pentru intervenții chirurgicale

Procent din Suma Asigurată

Descrierea Procedurii Chirurgicale	Procentajul Maxim (%)
ABDOMEN	
Rezecție intestinală	70
Gastro - enterostomie	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.	
ABCES	
Tratamentul unuia sau mai multor abcese sau abcese care necesită spitalizarea	10
AMPUTARE	
Degete de la mână sau picior, fiecare dintre ele	10
Mână, antebraț sau picior până la nivelul gleznei	20
Picior, braț sau coapsă	40
Coapsă 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 completă (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

OCHI

Dezlipire de retină – fuzionare multiplă	100
Enucleere	30

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, metacarpene, 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 pentru strictura uretrei sau deschiderea uretrei	30
Intervenție chirurgicală intra - uretrală	15
Orhitectomie sau epididimectomie	25
Cezariana	20

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

PARACENTEZĂ

Extragere de lichid din:

• Abdomen	10
• Torace sau vezică, exceptând cateterizarea	5
• Timpan, hidrocel, articulații sau coloana vertebrală	5

RECT

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

Acord de utilizare a Serviciului de debitare directă

Preambul

Conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare Clientul Plătitor, telefonic, a acceptat în mod expres Serviciul de debitare directă oferit de Bancă și a autorizat în mod expres Banca să execute pe Contul său curent, operațiunile de plată inițiate de Societatea de Asigurări, în scopul transferării din acest Cont a sumelor reprezentând contravaloarea primelor de asigurare datorate Societății de Asigurări. Plata primelor de asigurare se va efectua prin debitarea directă a Contului, prin intermediul Serviciului de debitare directă.

1. Definiții

Banca = Banca Transilvania S.A., cu sediul în România, Cluj-Napoca, Str. George Barițiu, Nr.8, înregistrată la Registrul Comerțului cu J12/4155/1993, în Registrul Bancar sub R.B.-P.J.R.-12-019-18.02.1999, C.U.I. RO5022670;

Societatea de Asigurări = **MetLife Europe Designated Activity Company**, o societate Irlandeză constituită sub forma de „private company limited by shares”, cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062, prin sucursala sa din România, **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București**, cu sediul social în Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/135/07.01.2016, având cod unic de identificare 35383464, Tel: +4021/208 41 00, Fax: +4021/208 41 04, este furnizorul Programului de Asigurare ”Medical Plus”, calitate în care eliberează Certificatul de Asigurare și inițiază operațiunile de plată a primelor de asigurare aferente Programului de asigurare ”Medical Plus”, din Contul curent al Clientului Plătitor, în conformitate cu prevederile Certificatului de Asigurare;

Clientul Plătitor = persoana fizică titulară a Contului curent în Lei și Asiguratul Principal în Programul de Asigurare ”Medical Plus”, în condițiile specificate în Certificatul de Asigurare eliberat de Societatea de Asigurări, care beneficiază de Serviciul de debitare directă;

Contul = contul curent în Lei, deschis la Bancă, pe numele Clientului Plătitor, menționat în Certificatul de Asigurare emis de către Societatea de Asigurări;

Serviciul de debitare directă = Serviciul oferit de Bancă Clientului Plătitor și Societății de Asigurări, prin intermediul căruia, pe baza instrucțiunii dată Băncii de către Societatea de Asigurări și a acordului expres prealabil al Clientului Plătitor, realizat prin telefon, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, Societatea de Asigurări inițiază operațiunile de plată a primelor de asigurare aferente Programului de Asigurare „Medical Plus” din Contul curent al Clientului Plătitor. Momentul primirii Ordinului de Plată de către Bancă reprezintă data indicată de Societatea de Asigurări în instrucțiunea de plată transmisă Băncii, ca fiind Data Scadenței;

Suspendarea Serviciului de debitare directă = posibilitatea Clientului Plătitor de a solicita telefonic suspendarea plății primelor de asigurare pentru o perioadă maximă de 6 (șase) luni consecutive;

Încetarea Serviciului de debitare directă = posibilitatea Clientului Plătitor de a denunța plata primelor de asigurare prin intermediul Serviciului de debitare directă;

Mandatul de Debit Direct = împuternicirea permanentă, dar revocabilă, pe care Clientul Plătitor o acordă Băncii și Societății de Asigurări, prin care:

- autorizează Societatea de Asigurări să emită periodic Instrucțiuni de Debit Direct asupra Contului;
- autorizează Banca să-i debiteze periodic Contul cu suma prevăzută în Instrucțiunea de Debit Direct.

Mandatul de Debit Direct poate fi revocat de către Clientul Plătitor conform art. 5.2, 5.3, 5.4 de mai jos. Până la revocarea mandatului, Banca este în mod expres instructată de către Societatea de Asigurări, să plătească acesteia sumele de bani reprezentând primele de asigurare astfel cum acestea sunt prevăzute în Instrucțiunile de Debit Direct și în limitele și condițiile prevăzute în contractul de asigurare.

Instrucțiuni Debit Direct = solicitarea de debitare a Contului Clientului Plătitor, cu valoarea primei lunare de asigurare, la Data Scadentă sau la încercările ulterioare de debitare, transmise de către Societatea de Asigurări Băncii în baza Mandatului de Debit Direct.

2. Condițiile specifice de utilizare a serviciului de debitare directă

- 2.1.** Clientul Plătitor mandatează Banca, ca în numele său și pe răspunderea sa, aceasta să efectueze plata automată din Contul său, a sumelor solicitate de către Societatea de Asigurări, corespunzător primelor de asigurare datorate, pentru care Clientul Plătitor acceptă să se facă plăți din Contul său.
- 2.2.** Plata sumelor scadente se va realiza în conformitate cu Instrucțiunile de Debit Direct primite de Bancă de la Societatea de Asigurări. Instrucțiunile de Debit Direct vor fi întocmite de către Societatea de Asigurări în conformitate cu contractul de asigurare încheiat între aceasta din urmă și Clientul Plătitor, pentru care se efectuează plățile prin Serviciul de debitare directă.
- 2.3.** Clientul Plătitor autorizează Banca să notifice Societatea de Asigurări despre activarea Serviciului de debitare directă și să îi comunice acestuia orice informații necesare în legătură cu derularea acestuia. Astfel, pentru executarea Instrucțiunilor de Direct Debit de către Bancă, Clientul Plătitor este de acord ca Banca să comunice Societății de Asigurări codul IBAN al Contului, necesar acestuia pentru inițierea operațiunilor de plată a primei de asigurare.
- 2.4.** În orice moment al relației contractuale, Clientul Plătitor are dreptul să primească, la cerere, pe suport hârtie sau pe orice alt suport durabil, un exemplar al prezentului document.
- 2.5.** Serviciul de debitare directă este activ începând cu data de 1 a lunii următoare datei în care Clientul Plătitor a primit prezentele condiții pe suport hârtie, astfel cum este aceasta atestată de confirmarea de primire a documentelor.
- 2.6.** În cazul în care:
 - a) disponibilul din Contul Clientului Plătitor este insuficient pentru acoperirea integrală a sumelor solicitate la plată de către Societatea de Asigurări sau
 - b) suma din Instrucțiunea de Debit Direct trimisă Băncii de către Societatea de Asigurări depășește suma maximă de plată stabilită de Clientul Plătitor, Banca nu va efectua plățile.
- 2.7.** Banca va efectua plățile în ordinea primirii acestora de la Societatea de Asigurări și în limita soldului disponibil. Banca nu va efectua plăți parțiale, neasumându-și riscurile care pot apărea datorită acestui fapt.
- 2.8.** Orice neînțelegeri între Clientul Plătitor și Societatea de Asigurări referitoare la cuantumul primelor de asigurare, la sumele debitate sau sumele refuzate la plată din lipsă de disponibil sau la cererea expresă a Clientului Plătitor, se vor rezolva fără implicarea Băncii, conform prevederilor condițiilor de asigurare aplicabile Clientului Plătitor. Banca nu va fi ținută răspunzătoare pentru prejudiciile cauzate de către Societatea de Asigurări Clientului Plătitor.

- 2.9. Banca nu-și asumă nicio responsabilitate, răspundere și/sau obligație pentru sumele care, din alte cauze decât cele care decurg din activitatea sa, nu au fost alocate la timp Clientului Plătitor de către Societatea de Asigurări.
- 2.10. În situația în care sumele din Cont sunt indisponibilizate în temeiul unui titlu executoriu sau datorită oricărei alte dispoziții legale, Banca nu este considerată responsabilă pentru neefectuarea obligației de transfer.
- 2.11. Clientul Plătitor nu datorează Băncii comisioane pentru utilizarea Serviciului de debitare directă.

3. Obligațiile părților

3.1. Obligațiile Băncii

- 3.1.1. Să efectueze plățile corespunzătoare Instrucțiunilor de Debit Direct emise periodic de către Societatea de Asigurări. În cazul în care Data Scadentă a sumelor datorate conform acestor Instrucțiuni de Debit Direct este o zi nelucrătoare, plata se va face în ultima zi lucrătoare ulterioară Datei Scadente.
- 3.1.2. Să evidențieze efectuarea plăților către Societatea de Asigurări în extrasul de cont al Clientului Plătitor din care s-a efectuat plata.
- 3.1.3. Dacă Banca refuză executarea unei operațiuni de plată inițiată de Societatea de Asigurări, Banca va pune la dispoziția Clientului Plătitor, la oricare unitate teritorială a acesteia, refuzul și motivele acestuia.

3.2. Obligațiile Clientului Plătitor

- 3.2.1. În vederea executării plății primei de asigurare, Clientul Plătitor se obligă să asigure în Cont suma necesară efectuării plății la Data Scadentă, a primei de asigurare, astfel cum este stabilită în Certificatul de Asigurare.
- 3.2.2. Să asigure în Cont disponibilul necesar efectuării plăților, cu cel puțin 1 (o) zi lucrătoare înainte de Data Scadentă prevăzută în documentele emise de Societatea de Asigurări, respectiv în Instrucțiunile de Debit Direct emise de către aceasta. Clientul Plătitor este de acord ca Banca să-i debiteze Contul la Data Scadentă, cu suma prevăzută în Instrucțiunile de Debit Direct trimise de Societatea de Asigurări, în vederea efectuării plății primei de asigurare.
- 3.2.3. Clientul Plătitor declară că este de acord ca, în cazul insuficienței disponibilităților la Data Scadenței pentru efectuarea unei plăți, Societatea de Asigurări să poate să reintroducă Instrucțiunea de Debit Direct, la fiecare 3 (trei) zile lucrătoare pe toată durata lunii în care este scadentă prima de asigurare, conform Termenilor și condițiilor Programului de Asigurare "Medical Plus", Banca urmând a da curs Instrucțiunilor de Debit Direct astfel introduse.
- 3.2.4. Clientul Plătitor are dreptul să solicite, în maximum 8 (opt) săptămâni de la data debitării Contului curent cu contravaloarea primei de asigurare, restituirea sumei plătite la ordinul Societății de Asigurări, dacă valoarea operațiunii de plată depășește contravaloarea primei de asigurare datorată, conform Certificatului de Asigurare.

4. Modificări

- 4.1. Părțile convin ca orice modificare propusă de Bancă, cu privire la derularea Serviciului de debitare directă, să fie notificată Clientului Plătitor și transmisă acestuia prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, cu cel puțin 2 (două) luni înainte de data propusă pentru aplicarea modificării.
- 4.2. În cazul în care până la data propusă pentru aplicarea modificărilor, în condițiile în care există confirmarea primirii de către Clientul Plătitor a notificării Băncii prevăzute în art. 4.1., iar Clientul Plătitor nu înștiințează Banca despre neacceptarea acestor modificări, sunând la numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), apelabil în zilele lucrătoare între orele 09:00 – 18:00, Părțile convin că tăcerea Clientului Plătitor valorează acceptare tacită a modificărilor propuse, acestea urmând a intra în vigoare la data stabilită de Bancă.

5. Încetarea și suspendarea prestării serviciului

- 5.1. Clientul Plătitor va putea solicita Societății de Asigurări suspendarea prestării de către acesta a Serviciului de debitare directă, cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare care preced Data debitării primei de asigurare, apelând numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), de luni până vineri între orele 09:00 și 18:00. Astfel, Societatea de Asigurări nu va mai trimite către Bancă Instrucțiunile de Debit Direct specifice Clientului Plătitor, care a solicitat suspendarea.
- 5.2. Clientul Plătitor poate solicita reluarea prestării Serviciului de debitare directă formulând o cerere telefonică în acest sens, cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data Scadentă a primei de asigurare, apelând numărul de telefon menționat anterior.

- 5.3. Prestarea Serviciului de debitare directă poate fi suspendată urmare a solicitării telefonice exprese a Clientului Plătitor, pentru o perioadă de cel mult 6 (șase) luni de la data suspendării acestuia. După expirarea acestei perioade, Serviciul de debitare directă încetează de drept.
- 5.4. Clientul Plătitor va putea solicita încetarea prestării Serviciului de debitare directă, cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare care preced 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), apelând numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), de luni până vineri între orele 09:00 și 18:00. Astfel, Societatea de Asigurări nu va mai trimite către Bancă Instrucțiunile de Debit Direct specifice Clientului Plătitor, care a solicitat încetarea Serviciului.
- 5.5. Banca poate denunța unilateral Serviciul de debitare directă, cu notificarea prealabilă a Clientului Plătitor, transmisă prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, cu cel puțin 2 (două) luni înainte de data stabilită pentru încetare.
- 5.6. Serviciul de debitare directă va înceta de drept la data încetării Convenției de Direct Debit dintre Bancă și Societatea de Asigurări în baza căreia sunt inițiate și transmise de Societatea de Asigurări Instrucțiunile de Debit Direct a primei de asigurare din Contul Clientului Plătitor, indiferent de motivul acestei încetări.
- 5.6. Banca nu poate fi ținută răspunzătoare în niciun fel pentru situațiile de încetare/suspendare intervenite conform dispozițiilor de mai sus.
- 5.7. Clientul Plătitor este obligat să anunțe Banca, în scris, în legătură cu încetarea raportului juridic dintre el și Societatea de Asigurări, în maximum 3 (trei) zile de la încetare. Banca nu va fi ținută răspunzătoare pentru niciun fel de prejudiciu suferit de Clientul Plătitor și/sau de Societatea de Asigurări, datorate neanunțării acestui fapt.

6. Forța majoră

- 6.1. Forța majoră exonerează de răspundere Partea care o invocă, în condițiile legii, după înștiințarea celeilalte Părți. Partea care invocă forța majoră va înștiința cealaltă Parte în termen de maximum 5 (cinci) zile de la apariție și va transmite documentele doveditoare, certificate de Camera de Comerț și Industrie a României conform legii, în termen de 15 (cincisprezece) zile. În aceleași condiții se va comunica și încetarea cazului de forță majoră.
- 6.2. În situația în care cazul de forță majoră se întinde pe o durată mai mare de 30 (treizeci) de zile, Părțile sunt îndreptățite să considere prestarea serviciului ca fiind anulat, fără perceperea de daune-interese.

7. Dispoziții finale

- 7.1. Părțile se obligă să păstreze confidențialitatea datelor ce au fost comunicate în vederea îndeplinirii obligațiilor asumate.
Sunt exceptate de la obligația păstrării confidențialității următoarele date:
 - a) cele în privința cărora s-a obținut acordul expres și scris al celeilalte Părți;
 - b) cele care la data dezvăluirii sunt publice;
 - c) cele solicitate de organele abilitate ale statului, în baza unei obligații legale de informare.
- 7.2. Contractul de Plată prin Direct Debit Intrabancar este guvernat de legislația română. Orice dispută intervenită în derularea Serviciului de debitare directă se va rezolva pe cale amiabilă de Părțile semnatare. În caz contrar, aceasta se va soluționa de instanța legală abilitată ale cărei hotărâri vor fi obligatorii pentru Părți.
- 7.3. Clientul Plătitor a fost informat că are posibilitatea de a se adresa Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor sau Băncii Naționale a României în vederea medierii disputelor privind serviciile de plată.

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.

În România Metropolitan Life are **peste 19 ani de activitate** pe piața de asigurări de viață. **2 milioane de clienți** beneficiază de asigurări de viață și pensii private obligatorii oferite de Metropolitan Life la nivel local.

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

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