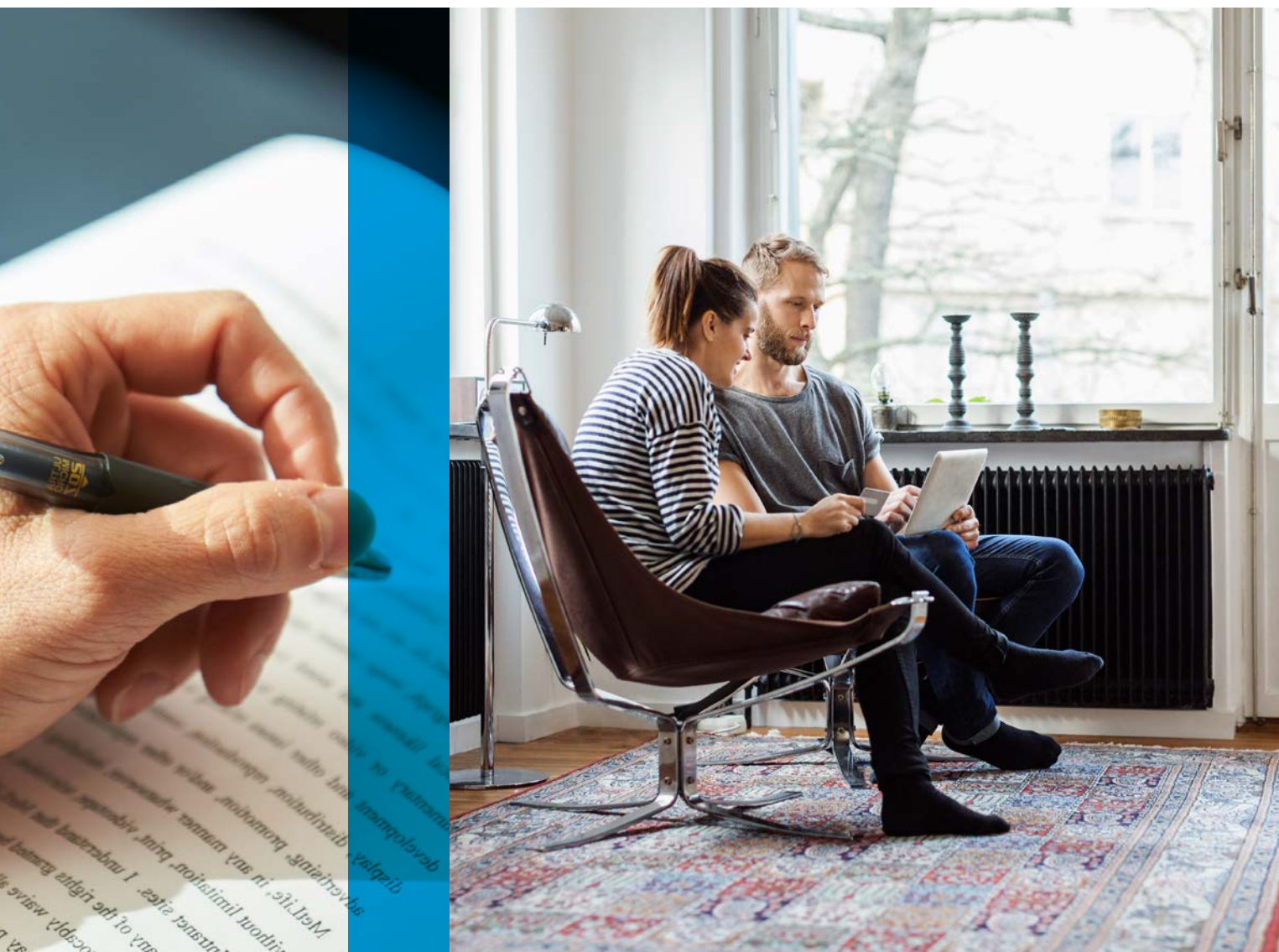


Primul Ajutor

Termeni și condiții ale programului de asigurare



20 de ani împreună România

Cuprins

Condiții generale	1
Articolul 1 - Definiții	1
Articolul 2 - Obiectul contractului	4
Articolul 3 - Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	4
Articolul 4 - Teritoriul acoperirii individuale	5
Articolul 5 - Acuratețea declarațiilor	5
Articolul 6 - Plata primei	5
Articolul 7 - Acordarea indemnizațiilor de asigurare	6
Articolul 8 - Opțiuni de plată a beneficiilor	8
Articolul 9 - Modificarea acoperirii individuale	9
Articolul 10 - Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal	9
Articolul 11 - Excluderi	10
Articolul 12 - Legea aplicabilă și jurisdicția	10
Articolul 13 - Taxe, impozite și onorarii	11
Articolul 14 - Forța majoră	11
Articolul 15 - Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	11
Tabel nr. 1 - Arsuri	12
Tabel nr. 2 - Invaliditate parțială permanentă	12

Condiții generale

Articolul 1 - Definiții

1.1. POLIȚA DE GRUP – reprezintă contractul încheiat între Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București (Societatea de Asigurări) și Titularul Poliței (Banca Transilvania) ce cuprinde detalii cu privire la Termenii și Condițiile programului de asigurare oferit grupului eligibil;

1.2. GRUP ELIGIBIL înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români sau cetățeni străini cu rezidența în România, 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 contractuale 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).

Persoanele care prezintă Invaliditate Totală Permanentă sau Invaliditate Parțială Permanentă nu sunt eligibile pentru înrolare în Programul de Asigurare.

Dacă la data producerii evenimentului asigurat, se constată că la momentul înrolării clienții prezentau Invaliditate Totală Permanentă sau Invaliditate Parțială Permanentă și nu au declarat situația de Invaliditate, contractul de asigurare se anulează, primele de asigurare colectate vor fi returnate integral, iar solicitarea de despăgubire va fi respinsă de către Societatea de Asigurări.

1.3. ACOPERIREA INDIVIDUALĂ înseamnă protecția (sau acoperirea) oferită Persoanelor Asigurate (membre ale Grupului Eligibil) prin asigurarea contractată, conform prevederilor prezentelor Condiții Contractuale.

1.4. PERSOANE ASIGURATE: Asiguratul Principal și Asiguratul Subsidiar, dacă este cazul.

1.4.1. ASIGURATUL PRINCIPAL înseamnă oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de Acoperire Individuală conform prezentelor condiții contractuale și care:

- a. a fost eligibil pentru înscrierea în Programul de Asigurare PRIMUL AJUTOR oferit acestuia în baza prezentelor condiții contractuale, 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 contractuale 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 de Grup stabilit prin prezentele condiții contractuale, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (Familială);
- d. are minimum 18 (optsprezece) ani/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 contractuale;

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,
- Documentul de informare privind produsul de asigurare (IPID) 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.

- 1.4.2. 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.
- 1.4.3. Sunt considerați membri ai Familiei Asiguratului Principal soțul/soția Asiguratului Principal, precum și copiii acestora, după cum urmează:**
- a. soț/soție:**
 1. persoana care la data producerii Riscului asigurat are calitatea de soț/soție al/a Asiguratului Principal, are minim 18 (optsprezece) ani și maximum 64 (șaizecișpatru) de ani la momentul înrolării în Programul de Asigurare;
 2. pentru soț/soție, acoperirea va cuprinde toate riscurile din accident (Arsuri și Invaliditate Parțială Permanentă)
 - b. copil: persoana care 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 21 (douăzecișunu) de ani inclusiv;
 3. copiii sunt acoperiți doar pentru riscul de Arsuri din accident
- 1.5. ACOPERIREA EXTINSĂ** (pentru familie) înseamnă contractul de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal în baza prezentelor condiții contractuale, 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.
- 1.6. BENEFICIAR** 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. 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, indemnizația de asigurare aferentă riscurilor acoperite prin prezentele condiții contractuale va fi platită moștenitorilor legali ai Persoanei Asigurate.
- 1.7. RISC/EVENIMENT ASIGURAT.** În baza prezentelor condiții contractuale sunt asigurate riscurile :
- Arsurile ca urmare a unui Accident: risc asigurat disponibil pentru Asiguratul Principal, Asigurați subsidiari (soț/soție și copii);
 - Invaliditatea Parțială Permanentă ca urmare a unui Accident: risc asigurat disponibil pentru Asiguratul Principal și Asigurat subsidiar (doar soț/soție);
- 1.8. CERTIFICATUL DE ASIGURARE** reprezintă Contractul de Asigurare a Persoanei Asigurate în calitate de Asigurat Principal ori, după caz, și a Asiguratului 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. Acest document certifică înscrierea în asigurare și calitatea de Persoană 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 și Documentul de informare privind produsul de asigurare (IPID) care fac parte integrantă din acesta, precum și acceptarea Serviciului de debitare automată.
- 1.9. DATA SCADENTĂ** a primei de asigurare va fi considerată data de 3 (trei) 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, anterioară Datei Scadente. Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare (“Data Scadentă a primei de asigurare”).

- 1.10. 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.
- 1.11. 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.
- 1.12. DATA ACTIVĂRII** este data la care Asiguratul Principal recepționează documentele de asigurare și semnează Confirmarea de Primire extinsă.
- 1.13. 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 maximă asigurată pentru fiecare acoperire în parte, în funcție de care se va calcula indemnizația de asigurare pe care o va plăti Societatea de Asigurări Beneficiarului în cazul producerii Riscului Asigurat.
- 1.14. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE** reprezintă suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Persoanei Asigurate în cazul producerii unuia dintre Riscurile asigurate. Indemnizația de asigurare se va calcula ca procent din Suma Asigurată pentru fiecare acoperire în parte, conform Tabel 1 sau Tabel 2, în funcție de riscul asigurat produs.
- 1.15. 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.
- 1.16. ARSURĂ** - distrugerea integrității structurii pielii cauzată de contactul cu surse de energie termică (agenți la temperaturi înalte sau scăzute), agenți chimici, curent electric. Această asigurare NU acoperă alte tipuri de arsuri (cum ar fi arsurile căilor respiratorii).
- 1.17. ARSURĂ GRAVĂ** – În prezentul contract este considerată arsură gravă, arsura pielii de grad II și III care afectează o suprafață mai mare sau egală cu 27% din corpul persoanei asigurate.
- 1.18. ACCIDENT** 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, ruptură vasculară, nu pot fi incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de îmbolnăvire
- 1.19. VĂTĂMARE** 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.
- 1.20. CONDIȚIE 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
- 1.21. 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 vătămăte, 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.
- 1.22. 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.

- 1.23. SPORT PROFESIONIST:** orice sport practicat intensiv, cu sesiuni de antrenament frecvente, fie ca profesie de bază, fie ca membru al unui club sportiv.
- 1.24. MEDIC** reprezintă o persoană care profesează medicina, pe baza unor studii superioare de specialitate și care deține drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor din Romania sau al unei autorități similare din altă țară, alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia până la gradul 2 inclusiv.
- 1.25. INVALIDITATE PERMANENTĂ:** se referă la pierderea anatomică sau funcțională a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent, din cauza unui accident și/sau îmbolnăvire, survenite în perioada de valabilitate a prezentului contract suplimentar de asigurare. Pierderea trebuie să fi survenit într-un interval de 365 (treisuteșazeci și cinci) de zile de la data accidentului, să fie continuă pentru o perioadă de cel puțin 12 (douăsprezece) luni consecutive și după toate probabilitățile să continue pentru tot restul vieții.
- 1.26. INVALIDITATE 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. Această asigurare NU acoperă Invaliditatea Totală Permanentă.
- 1.27. INVALIDITATE 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, unui profit sau a unei compensații, pentru tot restul vieții. Această asigurare acoperă Invaliditatea Parțială Permanentă, datorată unui Accident.
- 1.28. 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 contractuale.

Exemplu:

Data apel telefonic 02.02.2019

Data recepționării confirmării de primire = data activării – 15.02.2019

Perioada de gratuitate: 15.02.2019-31.03.2019

Data primei debitări / prima Dată Scadentă: 03.03.2019

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare: 01.04.2019-30.04.2019

- 1.29. REFERAT MEDICAL** – document emis de către Spitalul în care persoana asigurată este internată ca pacient rezident ca urmare a unei arsuri, în care este specificat diagnosticul și datele disponibile la internare, tipul arsurii și severitatea acesteia (gradul arsurii și suprafața acoperită). Acest document va sta la baza deschiderii dosarelor de despăgubire pentru Arsurile Grave, așa cum sunt definite la art. 1.17.

Articolul 2 - 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.

Articolul 3 - Data intrării în vigoare a acoperirii individuale

- 3.1.** Intrarea în vigoare a Acoperirii Individuale a Persoanelor Asigurate în temeiul prezentelor condiții contractuale 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 art.1.4.2. și 1.4.3. de mai sus.

3.2. Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, 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, 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 contractuale.

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 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 prezintă dovada înscrierii în Programul de Asigurare.

3.3. Acoperirea Individuală este valabilă o Lună de Asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunare 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.

Articolul 4 - Teritoriul 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 prezentul document.

Articolul 5 - Acuratețea declarațiilor

5.1. Orice fraudă, declarație falsă sau omisiune care afectează Acoperirea Individuală contractată în baza acestei asigurări, va atrage încetarea de drept a respectivei Acoperiri Individuale.

5.2. Societatea de Asigurări nu este responsabilă pentru acuratețea declarațiilor Persoanelor Asigurate.

Articolul 6 - Plata primei

6.1. Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentă, așa cum este aceasta definită în prezentele condiții contractuale, 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 Standard sau Premium), cu condiția existenței dovezii privind confirmarea primirii documentelor privind asigurarea cu plata primelor de asigurare prin Serviciul de debitare automată, astfel:

Tip acoperire	Prima lunară/ Premium	Prima lunară/Standard
Asigurare Individuală	34 Lei	28 Lei
Asigurare Familie	58 Lei	48 Lei

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

6.2. Plata primelor de asigurare de către Asigurații Principali se realizează prin Serviciul de debitare automată contractat de către aceștia 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 acesta nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului ca nu au avut disponibil necesar în cont la Data Scadentă.

- 6.3. 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.
- 6.4.** 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 se suspendă** 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 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 consecutive.
- 6.5.** 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.
- 6.6.** Această asigurare nu are componentă de investiții, valoare de răscumparare și nici perioadă de grație, iar valoarea primelor achitate nu se restituie la încetarea acoperirii prin asigurare.

Articolul 7 - Acordarea indemnizațiilor de asigurare

- 7.1.** 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	Premium		Standard	
	Individual	Familie (soț/soție + copii*)	Individual	Familie (soț/soție + copii*)
Arsuri din accident **	%110.000 lei	%110.000 lei	%90.000 lei	%90.000 lei
Invaliditate Parțială Permanentă din accident***	%110.000 lei	%110.000 lei	%90.000 lei	%90.000 lei

* Copiii vor fi asigurați doar împotriva riscului de Arsuri din accident, nu și împotriva riscului de Invaliditate Parțială Permanentă.

** % din Suma Asigurată va fi calculat și plătit în funcție de Tabelul de Plăți nr.1 din prezentele condiții contractuale

*** % din Suma Asigurată va fi calculat și plătit în funcție de Tabelul de Plăți nr.2 din prezentele condiții contractuale

- 7.2.** 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.
- 7.3.** Societatea de Asigurări se obligă să plătească în cazul producerii evenimentului asigurat pe durata de valabilitate a asigurării, următoarele beneficii/Indemnizații de asigurare:

7.3.1 Indemnizația de Asigurare pentru Arsuri ca urmare a unui Accident

În cazul în care, ca urmare a unui Accident, Persoana Asigurată suferă o Arsură, Societatea de Asigurări va plăti Beneficiarului Indemnizația de asigurare calculată ca procent din Suma Asigurată, conform Tabelului de Plăți nr.1 aferent acestui Program de Asigurare.

În cazul Arsurilor Grave, Societatea de Asigurări va plăti Indemnizația de asigurare, doar dacă Arsura nu a fost auto-provocată, iar Persoana Asigurată nu consumase alcool la momentul producerii evenimentului asigurat.

7.3.2. Indemnizația de Asigurare pentru Invaliditatea Parțială Permanentă ca urmare a unui Accident

Dacă în urma unui Accident, Persoana Asigurată suferă Vătămări Corporale care au ca rezultat Invaliditate Parțială Permanentă așa cum este specificată în Tabelul de Plăți pentru Invaliditate Parțială Permanentă (Tabelul nr. 2),

Societatea de Asigurări va plăti Beneficiarului o sumă egală cu procentajul indicat în tabel pentru Vătămarea Corporală specifică, înmulțit cu Suma Asigurată precizată în Certificatul de asigurare, cu condiția ca această invaliditate să fi survenit într-o perioadă de 365 (treisuteșaiszeșicinci) de zile de la data producerii Accidentului care a cauzat această Invaliditate Parțială Permanentă.

7.3.3. Cumul de Beneficii

Despăgubirea în caz de Arsuri ca urmare a unui Accident și cea în caz de Invaliditate Parțială Permanentă ca urmare a unui Accident pot fi cumulate pentru aceeași Persoană Asigurată acoperită prin această asigurare.

Beneficiul maxim plătitibil pentru riscul de Arsuri nu poate depăși 100% din Suma Asigurată aferentă acestui risc, în timp ce Beneficiul maxim plătitibil pentru riscul de Invaliditate Parțială Permanentă nu poate depăși 150% din Suma Asigurată aferentă acestui risc.

7.4. 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 sau
- prin e-mail la adresa 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.

7.5. Pentru orice solicitare de plată a Indemnizației de Asigurare vor fi transmise următoarele documente:

- Cererea de despăgubire completată și semnată de Asigurat /Beneficiar sau reprezentantul legal al acestuia (formular standard al societății de asigurări, disponibil pe www.metropolitanlife.ro);
- Copia actului de identitate (CI) a Persoanei Asigurate /Beneficiarului precum și a reprezentantului legal, după caz; În cazul asiguratului /beneficiarului minor – Certificatul de naștere;
- Extrasul contului bancar al persoanei Asigurate /Beneficiarului (în care se dorește plata indemnizației de asigurare) sau un document emis de bancă din care să rezulte numele titularului de cont și numărul contului bancar.
- Documentele specifice (în funcție de tipul de eveniment /riscul asigurat produs), după cum urmează:

7.5.1. Pentru Arsurile Grave (conform definiției de la art. 1.17.) ca urmare a unui accident:

- a. Referat medical (conform definiției de la art. 1.29.), cu precizarea diagnosticului și datelor disponibile la internare, tipului de arsură și severitatea acesteia (gradul arsurii și suprafața acoperită).
- b. Formular standard ce trebuie completat de medic, disponibil pe www.metropolitanlife.ro
- c. Documentele prevăzute la art. 7.5.2.

7.5.1.1. Pentru Arsurile Grave ca urmare a unui accident, având în vedere situația medicală în care se poate afla Persoana Asigurată, Societatea de Asigurare poate acorda Indemnizația de Asigurare în baza documentelor menționate la literele a. și b. ale acestui articol, doar dacă din aceste documente reiese că persoana asigurată a suferit o arsură gravă, arsura nu a fost auto-provocată, iar persoana asigurată nu consumase alcool la momentul producerii evenimentului asigurat. Plata despăgubirii se va efectua exclusiv sub condiția ca Persoana Asigurată să transmită către Societatea de Asigurări, ulterior plății Indemnizației de Asigurare, documentele prevăzute la art.7.5.2.

7.5.1.2. Dacă plata indemnizației de asigurare nu poate fi efectuată în temeiul articolului 7.5.1.1., Persoana Asigurată este obligată să prezinte documentele prevăzute la art 7.5.2.

7.5.2. Pentru Arsurile care nu se încadrează ca fiind Arsurile Grave (conform definiției de la art.1.17.) și pentru cazurile de Invaliditate Parțială Permanentă:

- a. Bilet de ieșire din spital/Scrisoare Medicală/Referat medical,
- b. Raportul poliției cu circumstanțele producerii evenimentului și rezultatul testului toxicologic;
- c. orice rapoarte privitoare la accident eliberate de organe abilitate (pompieri, jandarmerie, Inspectoratul Teritorial de Muncă – pentru accidente de muncă, etc.);

7.5.3 Documentele menționate la art. 7.5, 7.5.1 și 7.5.2 vor fi transmise în original sau în copie. Documentele

menționate la art. 7.5, 7.5.1 și 7.5.2 vor fi transmise în limba română (documentele în altă limbă vor fi însoțite de varianta tradusă de un traducător autorizat de Ministerul de Justiție). Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a solicita după caz și alte documente necesare în stabilirea dreptului de plată a indemnizației de asigurare, inclusiv originalul documentelor înaintate către Societatea de Asigurări în copie.

- 7.6.** În cazul în care Societatea de Asigurări va considera necesar în vederea stabilirii dreptului privind plata indemnizației de asigurare, 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 urmăririi 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.
- 7.7.** După primirea de către Societatea de Asigurări a tuturor informațiilor solicitate și necesare pentru stabilirea Indemnizației de Asigurare, indemnizația de asigurare 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.
- 7.8.** Dacă la data evenimentului se constată că la momentul înrolării clienții prezentau Invaliditate Totală Permanentă sau Invaliditate Parțială Permanentă și nu au declarat acest lucru la momentul apelului telefonic, asigurarea va înceta, iar despăgubirea nu va fi plătită. Toate primele plătite până la acel moment vor fi returnate persoanei asigurate.
- 7.9.** Dacă Persoana asigurată/Beneficiarul nu depune la Societatea de Asigurări toate documentele prevăzute la art.7.5. sau Persoana asigurată nu se va prezenta la controlul medical, solicitat de Societatea de Asigurări pentru examinarea Vătămărilor Corporale, Societatea de Asigurări nu va plăti despăgubirea, dacă în lipsa acestora nu poate determina încadrarea evenimentului în condițiile contractuale, în special în situațiile prevăzute de Articolul 11 – Excluderi, până la depunerea documentelor sau efectuarea controlului medical. Dacă depunerea documentelor sau efectuarea controlului medical nu are loc într-o perioadă de doi (2) ani, Societatea de Asigurări va respinge solicitarea de despăgubire și nu va plăti nicio indemnizație de asigurare.

Articolul 8 - Opțiuni de plată a beneficiilor

- 8.1.** Orice sumă care trebuie plătită de Societatea de Asigurări, conform prevederilor contractului de asigurare, ca urmare a acordării Indemnizației de asigurare, poate fi plătită de Societate conform uneia dintre următoarele opțiuni, în funcție de disponibilitatea opțiunii la momentul respectiv:
- a) plata integrală a indemnizației;
 - b) plata indemnizației în rate lunare pe o perioadă de 3 ani, la cererea beneficiarului, în situația unei valori a indemnizației de asigurare de 100% din Suma Asigurată aferenta riscului de Arsuri sau de 150% din Suma Asigurată aferentă riscului de Invaliditate Parțială Permanentă. Această opțiune de plată este disponibilă exclusiv pentru categoria de asigurare Standard și Premium, descrise la Art. 7.1. După plata primei rate (unde este aplicabil), opțiunea de plată nu se va mai putea schimba.
- 8.2.** Sumele care vor trebui plătite conform cu oricare dintre opțiunile de plată de mai sus nu vor putea fi cesionate și nu pot constitui obiectul unor garanții.
- 8.3.** În caz de deces al persoanei Asigurate, orice beneficiu ce ar fi trebuit să fie plătit persoanei Asigurate, conform prevederilor prezentului contract de asigurare, va fi plătit moștenitorilor săi legali. În acest caz, vor trebui furnizate documente doveditoare în conformitate cu cerințele companiei de la momentul respectiv:
- Certificatul de Moștenitor, care atestă calitatea de moștenitor legal al indemnizației de asigurare a beneficiarului decedat;
 - Copia actului de identitate (CI) a moștenitorului legal;
 - Extrasul contului bancar al moștenitorului legal sau un document emis de bancă din care să rezulte numele titularului de cont și numărul contului bancar.

Documentele mai sus menționate pot fi transmise în original sau în copie însă Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a solicita, după caz, originalul documentelor înaintate către Societatea de Asigurări în copie.

Articolul 9 - Modificarea acoperirii individuale

- 9.1.** 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 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS) de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Numărul de telefon menționat în acest articol poate fi modificat de către Asigurator, această informație va fi disponibilă pe site-ul acestuia și va informa în scris Titularul poliței de această modificare.
- 9.2.** 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.

Articolul 10 - Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal

10.1. (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 închide 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 Dată Scadentă, indiferent de varianta Asigurării contractate.
6. la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare.
7. la data la care cumulul total de beneficii plătite pentru asigurarea riscului de Arsuri ajunge la 100% din Suma Asigurată aferentă acestui risc, pentru Asiguratul Principal;
8. la data la care cumulul total de beneficii plătite pentru asigurarea riscului de Invaliditate Parțială Permanentă ajunge la 150% din Suma Asigurată aferentă acestui risc, pentru Asiguratul Principal.

(b) Acoperirea Individuală va înceta pentru Asiguratul Subsidiar la primul din următoarele momente:

1. la data la care va înceta Acoperirea Individuală a Asiguratului Principal;
2. la data la care Asiguratul Subsidiar va împlini vârsta maximă admisă de 65 (șaizeci și cinci) de ani, respectiv 22 (douăzeci și doi) de ani în cazul Asiguratului Subsidiar copil al Asiguratului principal;
3. la data la care cumulul total de beneficii plătite pentru asigurarea riscului de Arsuri ajunge la 100% din Suma Asigurată aferentă acestui risc, pentru Asiguratul Subsidiar;
4. la data la care cumulul total de beneficii plătite pentru asigurarea riscului de Invaliditate Parțială Permanentă ajunge la 150% din Suma Asigurată aferentă acestui risc, pentru Asiguratul Subsidiar.

(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.

10.2. 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 Societății de Asigurări 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 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS) apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

10.3. Încetarea Acoperirii individuale nu va afecta nicio pretenție la Indemnizația de asigurare formulată ulterior

intervenirii oricărui dintre cazurile de încetare dacă accidentul s-a produs în perioada cât acoperirea individuală era în vigoare și este în concordanță cu termenii și condițiile din prezentele condiții contractuale.

- 10.4.** Societatea de Asigurări va restitui Asiguratului Principal orice primă de asigurare plătită de acesta după data încetării Acoperirii.
- 10.5.** 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 031.413.79.09 (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.
- 10.6.** În cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării la o dată ulterioară datei menționate mai sus, prima de asigurare nu se va restitui.

Articolul 11 - Excluderi

- 11.1.** Această asigurare nu se aplică și nu se va plăti nicio indemnizație de asigurare în cazul evenimentelor cauzate sau provocate, direct sau indirect, 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 indiferent de gradul de alcoolemie al Persoanei Asigurate;
 - e. participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;
 - f. serviciul activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;
 - g. participarea Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni.;
 - h. orice condiție preexistentă.
- 11.2.** În situația în care Societatea de Asigurări constată ulterior plății indemnizației de asigurare conform art.7.5.1, că un eveniment. a fost cauzat sau provocat, direct sau indirect, de una sau mai multe dintre condițiile enumerate la art. 11.1, Societatea de Asigurări va comunica Persoanei Asigurate/Beneficiarului incidența cazului de excludere din asigurare, iar Persoana Asigurată/Beneficiarul va returna de îndată Societății de asigurări indemnizația de asigurare încasată necuvenit.

Articolul 12 - 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. 236/2018, 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.

Articolul 13 - 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.

Articolul 14 - Forța majoră

14.1. Părțile sunt exonerate de răspundere în cazul neexecutării, executării necorespunzătoare sau cu întârziere a obligațiilor contractuale în caz de forță majoră, pe toata 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-și execute obligațiile asumate.

14.2. 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.

14.3. În cazul în care forță 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.

Articolul 15 - 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 - Arsuri

Procent Din Suma Asigurată

Tip de Arsură	Procentajul Maxim (%)
Arsuri ale pielii acoperind 27% sau mai mult din suprafața corpului (Gradul 2 sau 3)	100%
Arsuri ale pielii acoperind între 18-26% din suprafața corpului (Gradul 2 sau 3)	60%
Arsuri ale pielii acoperind între 9-17% din suprafața corpului (Gradul 2 sau 3)	30%
Arsuri ale pielii acoperind între 4,5-8% din suprafața corpului (Gradul 2 sau 3)	16%

Tabel nr. 2 - Invaliditate parțială permanentă

Procent Din Suma Asigurată

	Procentajul Maxim (%)	
CAP		
Pierderea substanței osoase a craniului în toată grosimea:		
- pe o suprafață mai mare de 6 cm ²		60
- pe o suprafață de 3 – 6 cm ²		30
- pe o suprafață mai mică de 3 cm ²		15
Pierderea parțială a mandibulei, integral în secțiune verticală sau jumătate din osul maxilarului		60
Pierderea totală a unui ochi		60
Surditatea completă la o ureche		45
MEMBRELE SUPERIOARE		
	Dreapta	Stânga
Pierderea unui antebraț (de la cot la mână) și a mâinii	90	75
Pierderea considerabilă a substanței osoase a antebrațului (de la cot la mână, leziune definitivă și incurabilă)	75	60
Paralizie totală a membrului superior (leziune incurabilă a nervilor)	100	82
Paralizie totală a nervului circumflex	30	22
Anchiloza articulației scapulohumerale	60	45
Anchiloza cotului cu fixație într-o poziție favorabilă (15 grade în jurul unui unghi drept)	37	30
Anchiloza cotului cu fixație într-o poziție nefavorabilă	60	52
Pierderea considerabilă a masei osoase din două oase ale antebrațului (leziune definitivă și incurabilă)	60	45
Paralizia totală a nervului median	60	52
Paralizia totală a nervului radial la zona de torsiune	60	52
Paralizia totală a nervului radial la nivelul antebrațului	45	37
Paralizia totală a nervului radial la nivelul mâinii	30	22
Paralizia totală a nervului cubital	45	37
Anchiloza articulației mâinii în poziție favorabilă (drept în pronație)	30	22
Anchiloza articulației mâinii în poziție nefavorabilă (îndoire sau extensie tensionată sau supinație)	45	37

Amputarea totală a degetului mare	30	22
Pierdere parțială a degetului mare (falanga distală)	15	7
Anchiloza totală a degetului mare	30	22
Amputarea totală a degetului arătător	22	15
Pierdere totală a două falange de la arătător	15	12
Pierdere totală a falangei distale de la arătător	7	4
Amputarea simultană a degetului mare și arătătorului	52	37
Pierdere totală a degetului mare și a unui deget, altul decât arătătorul	37	30
Pierdere totală a două degete, altele decât degetul mare și arătătorul	18	12
Pierdere totală a trei degete, altele decât degetul mare sau arătătorul	30	22
Pierdere totală a patru degete, inclusiv a degetului mare	67	60
Pierdere totală a patru degete, exclusiv a degetului mare	60	52
Pierdere totală a degetului mijlociu	15	12
Pierdere totală a unui deget, altul decât degetul mare, arătătorul și mijlociul	10	4

MEMBRELE INFERIOARE

Pierdere totală a coapsei (de la nivelul jumătății superioare)	90
Pierdere totală a gambei (jumătatea inferioară) și a piciorului	75
Pierdere totală a piciorului (dezarticulare tibio-tarsiană)	67
Pierdere parțială a piciorului (dezarticulare osului sub gleznă)	60
Pierdere parțială a piciorului (dezarticulare medio-tarsiană)	52
Pierdere parțială a piciorului (dezarticulare tarso-metatarsiană)	45
Paralizia totală a membrului inferior (leziune incurabilă a nervilor)	90
Paralizia completă a nervului sciatic popliteu extern	45
Paralizia completă a nervului sciatic popliteu intern	30
Paralizia completă a doi nervi (sciatic extern și intern în regiunea poplitee)	60
Anchiloza articulației soldului	60
Anchiloza genunchiului	30
Pierdere substanței osoase din femur și ambele oase ale gambei (leziune incurabilă)	90
Pierdere substanței osoase din genunchi cu separarea considerabilă a fragmentelor și dificultăți considerabile de mișcare în întinderea piciorului	60
Pierdere substanței osoase din genunchi cu păstrarea posibilității de mișcare	30
Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm	45
Scurtarea membrului inferior cu 3-5 cm	30
Scurtarea membrului inferior cu 1-3 cm	15
Amputarea totală a tuturor degetelor de la picior	37
Amputarea a 4 degete de la picior, inclusiv degetul mare	30
Pierdere totală a patru degete	15
Pierdere totală a degetului mare	15
Pierdere totală a două degete	7
Amputarea unui deget, altul decât degetul mare	4

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 **20 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.

20 de ani
împreună
România

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, +4.031.413.79.09/ 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