

Simplu MED

Termeni și condiții ale programului de asigurare



Pășim prin viață împreună

BANCA
TRANSILVANIA®



Cuprins

Definiții	1
Obiectul contractului	3
Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	3
Teritoriul și durata acoperirii individuale	3
Acuratețea declarațiilor	4
Fapt material	4
Plata primei	4
Excluderi	5
Acordarea indemnizațiilor de asigurare	6
Modificarea acoperirii individuale	7
Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal	7
Legea aplicabilă și jurisdicția. Litigii	8
Acțiuni în justiție	8
Taxe, impozite și onorarii	9
Forța majoră	9
Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	9

Definiții

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

GRUPUL ELIGIBIL este format din grupul de persoane fizice, cetățeni români, ce pot beneficia de protecție prin asigurarea prevăzută în prezentele condiții contractuale, constituit din titularii de conturi curente în Lei deschise la Bancă, care și-au exprimat acordul de a participa la Programul de asigurare oferit de prezentele condiții de asigurare, în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și care acceptă Serviciul de debitare automată oferit gratuit de Bancă Asiguratului Principal, special pentru plata primelor de asigurare și care au vârsta maximă de 67 (șaizecișapte) 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 (pentru familie).

Este considerat 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 sunt Asiguratul Principal și Co-Asiguratul, dacă este cazul.

(A) ASIGURATUL PRINCIPAL poate fi reprezentat de oricare dintre membrii Grupului Eligibil, care beneficiază de acoperire individuală în baza prezentelor condiții de asigurare și care:

- a. este titularul unui cont curent în Lei deschis la Bancă;
- b. a confirmat primirea setului de documente ce conține:
 1. 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;
 2. oferta de asigurare și înscrierea în Programul de asigurare de Grup stabilit prin prezentele condiții de asigurare, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (pentru familie);
- c. are maximum 67 (șaizecișapte) de ani la data înscrierii în Programul de asigurare de Grup;
- d. a confirmat telefonic acceptarea Serviciului de debitare automată a primelor de asigurare și a autorizat telefonic Banca să transfere 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 menționat în Certificatul de Asigurare și să le transfere către Societatea de Asigurări, în conformitate cu prevederile prezentelor condiții contractuale.

(B) Acoperirea Individuală se poate extinde asupra soțului/soției Asiguratului Principal, în calitate de **CO-ASIGURAT**, dacă:

- a. Asiguratul Principal a solicitat telefonic includerea acestuia/acesteia în Programul de asigurare de Grup, optând în acest sens pentru varianta de Asigurare Extinsă (pentru familie);
- b. prima de asigurare aferentă Asigurării Extinse corespunzătoare perioadei asigurate a fost achitată de către Asiguratul Principal;
- c. are minimum 18 (optsprezece) ani și maximum 67 (șaizecișapte) de ani la data intrării în asigurare.

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 membrilor familiei acestuia, spre deosebire de ASIGURAREA INDIVIDUALĂ în baza căreia protecția se acordă doar Asiguratului Principal.

BENEFICIARUL este 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.

RISC/EVENIMENT ASIGURAT. În baza prezentelor condiții contractuale sunt asigurate riscurile:

- Spitalizare ca urmare a unui Accident (incluzând și spitalizarea în secția de Terapie Intensivă);
- Convalescență post-spitalizare;
- Deces ca urmare a unei Îmbolnăviri.

CERTIFICATUL DE ASIGURARE reprezintă Contractul de asigurare al Asiguratului Principal în calitate de Persoana Asigurată, respectiv documentul semnat de către 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 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 primirea Certificatului de Asigurare, împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta, precum și acceptarea Serviciului de debitare automată. Documentele menționate mai sus includ informațiile obligatorii pe care asigurătorii trebuie să le furnizeze clienților, conform normelor emise de autoritățile de supraveghere în domeniul asigurărilor.

PLATA PRIMEI este în sarcina Asiguratului Principal, care trebuie să asigure în contul curent în Lei 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 automată, Asiguratul Principal își exprimă acordul expres pentru acceptarea Serviciului de debitare automată 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 Scadentă sau 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 Scadentă a 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 ce i-a fost prezentat telefonic și modalitatea de plată pentru acesta, respectiv: Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta și declarația ce va reprezenta acceptul Asiguratului Principal privind plata primei de asigurare prin Serviciul de debitare automată, care confirmă acordul acestuia 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 Scadentă.

LUNA DE ASIGURARE reprezintă luna calendaristică imediat următoare celei în care prima de asigurare a fost scadentă.

DATA SCADENTĂ a primei de asigurare reprezintă data de 2 a fiecărei luni. În cazul în care această zi este nelucrătoare în luna respectivă, prima lunară se va retrage din contul curent în Lei al Asiguratului Principal, în prima zi lucrătoare, ulterioară Datei Scadente.

SUMA ASIGURATĂ înseamnă suma specificată în cuprinsul prezentelor condiții contractuale, așa cum va fi menționată și în Certificatul de Asigurare și în condițiile prevăzute în acesta.

INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE reprezintă suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Persoanei Asigurate în cazul producerii unuia dintre Riscurile asigurate.

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

ÎMBOLNĂVIREA reprezintă modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate, contractată sau manifestată pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare a prezentului contract de asigurare.

ACCIDENTUL reprezintă 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.

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.

CONDIȚIE PREEXISTENTĂ înseamnă orice boală sau vătămare din Accident sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, diagnosticată ca atare de un Medic înainte de data intrării în vigoare a prezentelor condiții contractuale.

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.

SPITALIZAT înseamnă o persoană care este internată într-un Spital, ca pacient rezident timp de cel puțin 24 ore, cu serviciu complet de masă și cazare. Spitalizarea în sensul prezentului contract nu se referă la spitalizarea care are ca scop recuperarea/reabilitarea.

MEDICUL reprezintă o persoană care profesază medicina, pe baza unor studii superioare de specialitate și care deține drept de liberă practică și este membru al Colegiului.

SERVICIUL DE TERAPIE INTENSIVĂ reprezintă serviciul din cadrul Spitalului ce reunește profesioniști în domeniul sănătății, care asigură îngrijirea pacienților în cazul problemelor de sănătate severe ce pun în pericol pronosticul vital și necesită spitalizare.

CONVALESCENȚĂ reprezintă perioada în care Persoana Asigurată urmează repausul recomandat de un Medic de specialitate însă nu poate să își continue din motive obiective activitatea profesională și orice altă activitate.

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, unui profit sau a 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 doar 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 automată;
- b) pentru **Co-Asigurați**, la data la care sunt întrunite toate condițiile menționate mai sus cu privire la persoana lor.

Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații la plată izvorâte din contractul de asigurare încheiat între Societatea de Asigurări și Asiguratul Principal, oferindu-i-se o perioadă de gratuitate de 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 dintre data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare de către Asiguratul Principal și ultima zi calendaristică a lunii următoare primirii documentelor de asigurare.

După expirarea acestei perioade de gratuitate, Persoana Asigurată beneficiază de asigurare prin debitarea automată a contului curent 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 prezintă dovada înscrierii în Programul de asigurare. 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 pe perioada unei luni de asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunară la Data Scadentă. În cazul neplății primei de asigurare la Data Scadentă sau până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, Acoperirea Individuală se suspendă pentru luna de asigurare neplătită și se reia prin plata primei la Data Scadentă sau la una din încercările succesive de debitare, pentru luna de asigurare următoare.

Teritoriul și durata acoperirii individuale

Acoperirea Individuală este valabilă în întreaga lume, 24 din 24 de ore, atât timp cât prima de asigurare a fost achitată, conform prevederilor prezentelor condiții de asigurare.

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 nule. 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

Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentă (menționată în Certificatul de Asigurare și care este data de 2 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 automată, astfel:

Tip acoperire	Prima lunară/Standard	Prima lunară/Premium
Asigurare Individuală	18.00 Lei	31.00 Lei
Asigurare Extinsă	31.00 Lei	53.00 Lei

Acoperirea Individuală va înceta pentru Co-Asigurat la data la care acesta va împlini vârsta maximă admisă de 70 (șaptezeci) de ani, dacă Asiguratul Principal a optat pentru varianta extinsă a asigurării. Astfel, prima de asigurare ce se va retrage din contul curent în Lei al Asiguratului Principal se va modifica automat, la nivelul variantei de asigurare individuală, în funcție de pachetul de asigurare pentru care a optat acesta, Premium sau Standard.

În perioada de spitalizare în secția de Terapie Intensivă, Indemnizația de Asigurare plătită se va cumula cu Indemnizația zilnică de Asigurare pentru spitalizare, dacă aceasta există.

Plata primelor de asigurare de către Asigurații Principali se realizează prin Serviciul de debitare automată contractat de către aceștia de la Bancă, în baza căruia aceasta execută în conturile curente ale clienților 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 disponibilă în contul curent suma suficientă pentru plata integrală a primei de asigurare, se vor efectua reverificări ale contului în vederea plății, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă. Reverificările contului efectuate ulterior Datei Scadente în cadrul aceleiași luni constituie un beneficiu acordat Persoanelor Asigurate pentru evitarea situațiilor în care acestea nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului că Asiguratul Principal nu a avut disponibil necesar în cont la Data Scadentă.

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

Data Scadentă a primei de asigurare va fi considerată data de 2 (doi) a fiecărei luni de asigurare. În cazul în care această zi este nelucrătoare în luna respectivă, prima lunară se va retrage din contul curent al Asiguratului Principal, în prima zi lucrătoare, ulterioară Datei Scadente.

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 va suspenda 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. După ce asigurarea a fost reziliată de plin drept, aceasta nu mai poate fi repusă în vigoare.

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.

Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste condiții speciale nu se vor aplica următoarelor evenimente care au avut ca rezultat o vătămare corporală și care au necesitat spitalizare:

- a. război sau război civil;
- b. acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate;
- c. folosirea de către Persoana Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise de către Medici autorizați;
- d. cauzate de 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;
- e. cauzate de consumul de droguri;
- f. sinuciderea sau tentativa de sinucidere a Persoanei Asigurate, indiferent de starea sa mentală, pe durata primilor 2 (doi) ani de la data intrării în vigoare a asigurării; în caz de sinucidere sau tentativă de sinucidere după cei 2 (doi) ani, Societatea de Asigurări va plăti Indemnizația de asigurare, în funcție de nivelul de prime plătite de către Asiguratul Principal.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud toate Accidentele care au avut ca rezultat o vătămare corporală care a necesitat spitalizare, cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de către:

- a. infecții bacteriene, cu excepția infecției piogenice, survenind dintr-o rănire accidentală prin tăiere sau lovire;
- b. tratamentul medical sau chirurgical, cu excepția aceluia necesar pentru vătămarile corporale acoperite de acest contract și efectuat în perioada menționată în condițiile de asigurare.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud de asemenea toate accidentele care au avut ca rezultat o vătămare corporală, ce a necesitat spitalizare, survenite în împrejurările următoare:

- a. participarea Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;
- b. participarea Persoanei Asigurate 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 scuter cu capacitate cilindrică mai mare de 125 cm³, dacă nu se specifică altfel printr-o anexă specială;
- d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager într-un aparat de zbor care nu aparține unei societăți de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri pe rute programate, regulate și publicate;
- e. consecință direct a executării serviciului activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;
- f. participarea Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni;
- g. practicarea sau 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 evenimentele care apar ca urmare a efectuării serviciului militar în armată, altul decât cel indicat la punctul anterior, în orice țară. Prin efectuarea serviciului militar armat 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 rambursa, indemniza sau deveni răspunzătoare pentru nicio pretenție referitoare la:

- a. orice anomalii congenitale;
- b. orice afecțiune, deces, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficitar Uman) și/sau orice boală legată de HIV, inclusiv SIDA (Sindromul Imuno-deficienței Dobândite) și/sau orice mutație derivativă sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod, direct sau indirect;
- c. oricare tratament pentru oricare afecțiune mentală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihiatrică, depresie mintală sau tulburare psihică;
- 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 o vătămare corporală;
- f. chirurgie plastică/cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei vătămări corporale;
- g. orice condiție preexistentă.

Acordarea indemnizațiilor de asigurare

Beneficiarul asigurării are obligația de a transmite Societății de Asigurări o notificare scrisă în termen de 30 (treizeci) de zile de la data producerii evenimentului asigurat cu privire la acesta și, ca urmare a solicitărilor Societății de Asigurări va transmite toate documentele necesare pentru a determina când a avut loc evenimentul asigurat și care sunt consecințele acestuia.

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

1. Indemnizații de Asigurare pentru spitalizare, ca urmare a unui Accident

(a) Indemnizația zilnică de Asigurare pentru spitalizare

Societatea de Asigurări va plăti în baza prezentelor condiții contractuale, o Indemnizație de Asigurare în cazul în care Persoana Asigurată, ca urmare a unei vătămări corporale, ce s-a produs pentru prima dată după intrarea în vigoare a asigurării, a fost internată în spital ca pacient la pat. Perioada maximă de spitalizare pentru aceeași vătămare corporală nu poate depăși 180 (osutăoptzeci) de zile într-un an. Perioadele consecutive de spitalizare, determinate de aceeași cauză, vor fi considerate ca o singură perioadă de spitalizare, exceptând cazul în care intervalul de timp dintre ele este mai mare decât 12 (douăsprezece) luni.

(b) Indemnizația zilnică de Asigurare pentru spitalizare în secția de Terapie Intensivă, ca urmare a unui Accident

Societatea de Asigurări va plăti Persoanei Asigurate, în baza prezentelor condiții contractuale, o Indemnizație de Asigurare pentru spitalizarea dacă Persoana Asigurată, ca urmare a unei vătămări corporale ce s-a produs pentru prima dată după intrarea în vigoare a asigurării, a fost internată în spital, în secția de Terapie Intensivă ca și pacient.

Indemnizația de asigurare se va plăti pentru fiecare zi de spitalizare în secția de Terapie Intensivă, începând cu prima zi de spitalizare în Terapie Intensivă. Perioada maximă de spitalizare în secția de Terapie Intensivă nu poate depăși 30 (treizeci) de zile pentru fiecare an.

În perioada de spitalizare în secția de Terapie Intensivă, Indemnizația de Asigurare plătită se va cumula cu Indemnizația zilnică de Asigurare pentru spitalizare, dacă aceasta există.

(c) Indemnizații de Asigurare post-spitalizare – pentru convalescență, ca urmare a unui Accident

În situația în care, conform opiniei medicale, Persoana Asigurată trebuie să rămână la domiciliu după perioada de spitalizare, Societatea de Asigurări îi va plăti acesteia o Indemnizație zilnică de Asigurare pentru convalescență. Valoarea Indemnizației de Asigurare pentru convalescență este egală cu jumătate din valoarea Indemnizației zilnice de asigurare pentru spitalizare, aferentă unei zile de spitalizare, așa cum este prevăzută în prezentele condiții de asigurare. Perioada maximă de convalescență nu poate depăși 30 (treizeci) de zile pentru fiecare an.

(d) Indemnizații de Asigurare în caz de Deces ca urmare a unei Îmbolnăviri

În cazul în care, ca urmare a unei Îmbolnăviri, Persoana Asigurată decedează, Societatea de Asigurări va plăti Beneficiarul Indemnizația de Asigurare aferentă respectivului Risc asigurat, cu condiția ca Decesul să fi survenit în perioada de valabilitate a asigurării.

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:

Beneficiu	Standard/Sumă Asigurată pentru Asiguratul Principal și Co-Asigurat (dacă Asiguratul Principal a optat pentru varianta de asigurare extinsă)	Premium/ Sumă Asigurată pentru Asiguratul Principal și Co-Asigurat (dacă Asiguratul Principal a optat pentru varianta de asigurare extinsă)
Beneficiul zilnic de spitalizare (se plătește începând cu prima zi de spitalizare), ca urmare a unui Accident	200 Lei	350 Lei
Beneficiul zilnic pentru o perioadă de convalescență post-spitalizare de până la 30 (treizeci) de zile, ca urmare a unui Accident	100 Lei	175 Lei
Beneficiul zilnic de spitalizare în secția de Terapie Intensivă, ca urmare a unui Accident	200 Lei	350 Lei
Indemnizație de Asigurare pentru Decesul ca urmare a unei Îmbolnăviri	5000 Lei	5000 Lei

Societatea de Asigurări va fi notificată de către Persoana Asigurată sau Beneficiar, în scris sau prin telefon, în legătură cu producerea Riscului Asigurat în termen de cel mult 30 (treizeci) de zile lucrătoare de la data producerii Riscului Asigurat. Toate solicitările pentru Indemnizația de Asigurare vor fi adresate Societății de Asigurări online prin aplicația e-Claims disponibilă pe www.metropolitanlife.ro, prin poștă, la adresa B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, Clădirea Europe House, etaj 4, sector 1, București, prin e-mail la adresa despagubiri@metropolitanlife.ro sau prin telefon la numărul 021.208.41.00, de către Persoana Asigurată sau de către Beneficiar, acesteia/acestui revenindu-i și responsabilitatea furnizării certificatelor, datelor, informațiilor și documentelor cerute în mod rezonabil și curent de Societatea de Asigurări, care se vor prezenta în forma specificată de Societatea de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru aceasta din urmă. Solicitarea 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 în Lei 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 abilitate (poliție, pompieri, jandarmerie, etc.) privitoare la accident;
- f. raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea rănilor și să precizeze diagnosticul precis;
- g. formularul de despăgubire completat personal de Persoana Asigurată;
- h. biletul de ieșire din spital/document oficial emis de instituția sanitară privind perioada de spitalizare a Persoanei Asigurate;
- i. copia actului de identitate a 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.

Dosarul de Despăgubire va fi analizat după ce Societatea de Asigurări intră în posesia tuturor documentelor solicitate și necesare evaluării evenimentului asigurat. Societatea de Asigurări va efectua plata Indemnizațiilor de Asigurare în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data la care documentația completă solicitată este depusă la Societatea de Asigurări. Plata Indemnizațiilor de Asigurare nu este purtătoare de dobânzi.

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

Odată cu plata Indemnizației de Asigurare, Societatea de Asigurări va restitui Persoanei Asigurate și/sau Beneficiarilor acestuia prima/primele de asigurare plătite de aceasta/acesta după data producerii Riscului asigurat și până la data încasării Indemnizației de Asigurare, în cazul în care asigurarea încetează ca urmare a decesului Asiguratului Principal.

Asigurarea și plata Indemnizației de Asigurare continuă și după producerea Riscului asigurat pentru spitalizare ca urmare a unui Accident, dacă Asiguratul Principal plătește prima de asigurare conform prezentelor condiții de asigurare.

Modificarea acoperirii individuale

După data începerii Acoperirii Individuale, Asiguratul Principal poate solicita modificarea asigurării pentru care a optat inițial și, implicit a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon 0264.286.444 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), de luni până vineri, între orele 09:00 – 18:00.

Noua variantă de asigurare aleasă de către Asiguratul Principal va produce efecte începând cu luna de asigurare următoare celei în care s-a achitat prima de asigurare modificată.

Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal

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

1. la data împlinirii a 3 (trei) ani de la data încetării Poliței de Grup în temeiul căreia s-a emis Certificatul de Asigurare, indiferent de motivul rezilierii;
2. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare în cazul în care se încheie contul curent, desemnat pentru plata primelor sau se renunță la Serviciul de debitare automată sau încetează Polița de Grup;
3. la data la care Asiguratul Principal împlinește vârsta maximă admisă de 70 (șaptezeci) de ani;

4. la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta asigurării contractate;
5. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate oricând după expirarea perioadei de gratuitate;
6. la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de încetare a asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate;
7. la data împlinirii termenului de preaviz, în cazul denunțării asigurării de către Societatea de Asigurări;
8. la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare.

(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 încetării debitării automate a respectivului cont curent în Lei deschis la aceasta.

Asiguratul Principal are dreptul de a denunța unilateral asigurarea în termen de 30 (treizeci) de zile calculat o singură dată 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.

Asiguratul Principal poate denunța asigurarea 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 coincid cu Data Scadentă sau cu reverificări la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare). Ca urmare a unei astfel de cereri asigurarea încetează la sfârșitul perioadei acoperite de plata ultimei prime debitate și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Societatea de Asigurări va fi considerată neautorizată.

Asigurarea poate fi denunțată de Asiguratul Principal oricând și după îndeplinirea acestui termen, însă primele de asigurare plătite până la acel moment nu vor fi restituite.

Asigurarea poate fi denunțată telefonic la numărul de telefon dedicat, 0264.286.444 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), apelabil de luni până vineri, între orele 09:00 – 18:00.

Asigurarea contractată de Asiguratul Principal poate fi denunțată de Societatea de Asigurări prin transmiterea unei notificări scrise, cu acordarea unui termen de preaviz de cel puțin 20 (douăzeci) de zile.

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

Legea aplicabilă și jurisdicția. Litigii

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.

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.

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. Persoana Asigurată 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 își 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 transmise 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 prezentei Polițe de Grup, fără ca acestea să își datoreze daune interese.

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.

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