

Asigurarea Confort Extra

Protejează-ți viitorul și pe cei dragi!



Cuprins

Document de informare privind produsul de asigurare	1
Termenii și condițiile programului de asigurare	3
Articolul 1. Definiții	3
Articolul 2. Obiectul contractului	8
Articolul 3. Data activării acoperirii	8
Articolul 4. Teritoriul acoperirii individuale	8
Articolul 5. Acuratețea declarațiilor	8
Articolul 6. Plata primei de asigurare	8
Articolul 7. Excluderi	9
Articolul 8. Acordarea indemnizațiilor de asigurare	11
Articolul 9. Modificarea acoperirii individuale	14
Articolul 10. Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal	14
Articolul 11. Condiții contractuale servicii de Telemedicină - consiliere medicală online	15
Articolul 12. Legea aplicabilă și reclamații	17
Articolul 13. Taxe, impozite și onorarii	18
Articolul 14. Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri	18
Articolul 15. Forța majoră	21
Informare cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal	22
Ghid pentru despăgubire	24

Document de informare privind produsul de asigurare

Societatea: Metropolitan Life Asigurări Metlife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, sucursală înregistrată în România a **MetLife Europe d.a.c.**

Produs: Confort Extra

Acest document oferă un rezumat al principalelor caracteristici ale produsului de asigurare. Informațiile precontractuale și contractuale complete cu privire la acest produs le regăsiți în Contractul de Asigurare care cuprinde: polița de asigurare și termenii și condițiile produsului de asigurare.

Despre ce tip de asigurare este vorba?

Este o asigurare de protecție ce oferă suport financiar Asiguratului în cazul unei Intervenții Chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri, prin plata unei Indemnizații de Asigurare pentru Intervenția Chirurgicală și a beneficiului de Cheltuieli Medicale ca urmare a unei Intervenții Chirurgicale indemnizate în conformitate cu pachetul de asigurare ales. Suplimentar, asigurarea oferă acces în mod gratuit la Servicii de Telemedicină, însemnând consiliere medicală online, telefonică și/sau video. Asigurarea este destinată Titularilor de Conturi Curente în lei deschise la Banca Transilvania și familiilor acestora (soț/soție și copii). Pot fi înscrise/incluse în asigurare persoane cu vârsta între 18 și 64 de ani (în cazul Asiguratului Principal sau în cazul Asiguratului Subsidiar soț/soție), respectiv între 6 luni și 18 ani în cazul copilului Asiguratului. Acoperirea individuală încetează la data la care vârsta Asiguratului Principal sau Subsidiar depășește vârsta maximă admisă (65 de ani), respectiv la data la care Asiguratului Subsidiar copil depășește vârsta maximă admisă (18 ani sau 22 de ani, în cazul în care studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată).

Ce se asigură?

Beneficiile oferite de acest contract de asigurare sunt:

- ✓ Indemnizații financiare pentru intervenții chirurgicale suferite ca urmare a unui accident sau îmbolnăvire. Indemnizația financiară este calculată ca procent din Suma Asigurată în funcție de gravitatea evenimentului asigurat. Procentele aplicate pentru fiecare tip de intervenție chirurgicală sunt prezentate în termenii și condițiile produsului de asigurare (în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale).
- ✓ Cheltuieli medicale ca urmare a unei Intervenții chirurgicale indemnizate.
- ✓ Acces la Servicii de Telemedicină.

Beneficiile variază în funcție de pachetul ales de dumneavoastră la momentul încheierii asigurării, precum și în funcție de anul poliței de asigurare ().**

Riscuri asigurate	Pachetul Platinum Suma Asigurată		Pachetul Premium Suma Asigurată		Pachetul Standard Suma Asigurată	
	Individual	Extinsă (Familie)	Individual	Extinsă (Familie)	Individual	Extinsă (Familie)
	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii
Indemnizația de Asigurare ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri*	%12.500 lei (**)	%12.500 lei (**)	%10.000 lei (**)	%10.000 lei (**)	%7.500 lei (**)	%7.500 lei (**)
Cheltuieli Medicale ca urmare a unei Intervenții Chirurgicale indemnizate	900 lei (**)	900 lei (**)	600 lei (**)	600 lei (**)	300 lei (**)	300 lei (**)
Servicii de Telemedicină	Da	Da	Da	Da	Da	Da

* Un % din Suma Asigurată va fi indemnizat, în funcție de gradul de complexitate al intervenției chirurgicale, conform Tabelului de Plăți ce face parte integrantă din Termenii și Condițiile asigurării.

(**) Toate sumele asigurate, atât pentru Intervențiile chirurgicale, cât și pentru Cheltuielile medicale, vor fi majorate cu un procent de 25% la fiecare 5 ani de contract, fără ca aceasta majorare să determine modificarea primelor de asigurare.

Ce nu se asigură?

Protecție pentru Asigurat în cazul unor evenimente precum:

- ✗ Apariția unei afecțiuni ce necesită intervenții chirurgicale în perioada de amânare de 90 (nouăzeci) de zile de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare.
- ✗ Intervenția chirurgicală ca urmare a unei îmbolnăviri și complicații ulterioare apărute în perioada de suspendare, precum și în primele 30 (treizeci) de zile de la data reluării acoperirii după perioada de suspendare, ca urmare a unei perioade de minimum 3 luni consecutive de neplată a primei de asigurare.

- ✗ Intervenția chirurgicală din accident sau din îmbolnăvire survenită în perioada în care asigurarea este suspendată ca urmare a neplății primei de asigurare.
- ✗ Cheltuieli medicale care nu sunt legate de intervenția chirurgicală indemnizată prin contract.

Există restricții de acoperire?

Nu se vor plăti indemnizații de asigurare în cazul anumitor evenimente, printre care cele mai importante se numără cele cauzate sau provocate, direct sau indirect, de sau prin:

- ! război sau război civil;
- ! acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate;
- ! folosirea de către Persoana Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise de către Medici autorizați;
- ! consumul de alcool indiferent de gradul de alcoolemie al Persoanei Asigurate, în cazul unui accident de transport sau al unui accident de muncă;
- ! consumul excesiv de alcool, alcoolism, orice afecțiuni cronice etanolice;
- ! participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist, cu excepția copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- ! participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- ! participarea Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni;
- ! orice intervenție chirurgicală cauzată de o condiție preexistentă așa cum este definită mai jos.

Pentru lista completă de excluderi, te rugăm să consulți Termenii și Condițiile produsului de asigurare.

CONDIȚIE MEDICALĂ PREEXISTENTĂ înseamnă orice îmbolnăvire sau vătămare corporală sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, manifestată și diagnosticată ca atare de un Medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale înainte de Data Activării asigurării și/sau în perioada de suspendare a asigurării.

Unde beneficiaz de asigurare?

- ✓ Asigurarea acoperă evenimentele care au avut loc oriunde în lume, 24 din 24 de ore.

Ce obligații am?

- Să răspundeți sincer la toate întrebările adresate de Societate, menționând toate informațiile și împrejurările care pot afecta decizia Metropolitan Life cu privire la înrolarea în asigurare;
- Să comunicați în cel mai scurt timp posibil orice modificări ale datelor de contact;
- Să achitați prima de plată la data scadentă;
- Să notificați Societatea în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea reprezenta o despăgubire.

Cum și când plătesc?

Prima de asigurare se plătește anticipat, lunar, din contul curent, la Data Scadentă, prin Serviciul de Debitare Automată oferit de către Banca Transilvania. Dacă la Data Scadentă nu există în contul curent suma necesară pentru plata integrală a primei, se vor efectua verificări ale acestuia în vederea plății, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă. Data scadentă este menționată în Certificatul de Asigurare.

Când începe și când încetează acoperirea?

Acoperirea va începe de la data intrării în vigoare a contractului, dată ce coincide cu data recepționării documentelor de asigurare de către Persoana Asigurată prin transmiterea e-mailului de înrolare sau prin semnarea confirmării de primire extinse la curier, conform opțiunii alese de Persoana Asigurată în apelul telefonic de înrolare. Clienții beneficiază de o perioadă de gratuitate de minimum o lună și maximum 2 luni, calculată o singură dată de la data intrării în vigoare a contractului.

Acoperirea încetează în următoarele cazuri:

- la data expirării perioadei pentru care a fost achitată ultima primă de asigurare în cazul în care se încheie contul curent desemnat pentru plata primelor, sau se renunță la Serviciul de debitare automată;
- la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maximă admisă (65 de ani);
- la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta Asigurării contractate;
- la data expirării perioadei pentru care a fost achitată ultima Primă de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate după expirarea perioadei de gratuitate;
- la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de încetare a Asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate;
- la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare;
- la data împlinirii termenului de preaviz, în cazul denunțării asigurării de către Societatea de Asigurări.

Cum pot să rezilies contractul?

Aveți dreptul de a renunța la contractul de asigurare în termen de 30 de zile calculate o singură dată de la data intrării în vigoare a asigurării, fără plata vreunei penalități și cu restituirea eventualelor prime de asigurare plătite în interiorul acestui termen. După trecerea acestui termen de 30 de zile, pe perioada derulării contractului de asigurare, Asiguratul Principal puteți oricând denunța unilateral asigurarea, printr-un apel telefonic la numărul de telefon 031.413.79.09. Ca urmare a unei astfel de cereri asigurarea încetează la data cererii telefonice.

Confort Extra

Termenii și condițiile programului de asigurare

Despre Metropolitan Life

MetLife, Inc. (NYSE: MET), prin filialele și afiliații săi („MetLife”), este una dintre cele mai importante companii de servicii financiare din lume, oferind asigurări, anuități, beneficii pentru angajați și gestionarea activelor pentru a-și ajuta clienții individuali și instituționali să pășească cu încredere în viitor. Fondată în 1868, MetLife are operațiuni în peste 40 de piețe la nivel global și deține poziții de lider în Statele Unite, Japonia, America Latină, Asia, Europa și Orientul Mijlociu. Pentru mai multe informații, vizitați www.metlife.com. În România, Metropolitan Life are peste 24 ani de activitate pe piața de asigurări de viață. Peste 3 milioane de clienți beneficiază de asigurări de viață și pensii private obligatorii oferite de Metropolitan Life la nivel local.

Prezentele informații privind termenii și condițiile programului de asigurare “Confort Extra” constituie parte integrantă a Poliței de Asigurare încheiate între **MetLife Europe Designated Activity Company**, prin sucursala sa din România, **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București** și Clientul Asigurat.

Articolul 1. Definiții

- 1.1. 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 care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului 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 efortului fizic sau unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu limitativă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară, nu sunt incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.
- 1.2. ACOPERIREA INDIVIDUALĂ** înseamnă protecția (sau acoperirea) oferită Asiguraților (membri ai Grupului Eligibil) prin asigurarea contractată, conform prevederilor prezentelor Condiții Contractuale.
- 1.3. ACOPERIREA EXTINSĂ (pentru familie)** înseamnă contractul de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal în baza prezentelor condiții contractuale, prin care se oferă protecție financiară atât Asiguratului Principal (Acoperire Individuală), cât și soțului/soției acestuia și copiilor lor (Asigurați Subsidiari), spre deosebire de Acoperirea Individuală, în baza căreia, protecția financiară se acordă doar Asiguratului Principal.
- 1.4. ASIGURATUL PRINCIPAL** înseamnă oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de Acoperire Individuală conform prezentelor condiții contractuale și care, în mod cumulativ:
 - a.** este titularul unui cont curent în Lei, deschis la Banca Transilvania;
 - b.** și-a exprimat telefonic acordul (consimțământ contractual) 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 fost eligibil pentru înscrierea în Programul de asigurare Confort Extra oferit acestuia în baza prezentelor condiții de asigurare, ceea ce înseamnă că a declarat telefonic faptul că nu se încadrează în niciuna dintre

situațiile de neeligibilitate comunicate în cuprinsul convorbirii telefonice, înainte de prezentarea propriu-zisă a produsului de asigurare;

- d. a primit de la Societatea de Asigurări setul de documente ce conține Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (Familială);
- e. are minimum 18 (optsprezece) ani/maximum 64 (șaizecișipatru) de ani împliniți la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;
- f. a confirmat telefonic acceptarea Serviciului de debitare automată a primelor de asigurare și a autorizat telefonic Banca Transilvania (consimțământ contractual) să plătească în numele său și pentru el, lunar la Data Scadenței 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 în lei și să le transfere către Societatea de Asigurări, în conformitate cu prevederile prezentelor condiții contractuale.

Asiguratul Principal va primi de la Societatea de Asigurări un e-mail de înrolare, în termen de maximum 5 (cinci) zile de la data acordului exprimat telefonic, ce va conține documentația contractuală legată de produsul de asigurare și modalitatea de plată ce i-a fost prezentată, respectiv:

- a. Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și Condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta;
- b. 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;
- c. IPID - document de informare cu privire la principalele caracteristici ale produsului de asigurare;
- d. Politica Metropolitan Life de prelucrare a datelor personale;
- e. Declarația Agentului de Asigurare.

În cazul în care Asiguratul Principal nu are adresa de e-mail sau nu dorește primirea documentelor pe e-mail, documentele menționate la pct. a.-e. de mai sus, vor fi transmise în termen de 2 (două) săptămâni prin serviciile de curierat. Confirmarea primirii documentelor prin serviciile de curierat se va face prin semnarea documentului privind confirmarea de primire extinsă, definită la Art. 1.9.

1.5. Acoperirea Individuală de protecție financiară 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, 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.

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

1. soț/soție: persoana care la data producerii Riscului Asigurat are calitatea de soț/soție al/a Asiguratului Principal, are minimum 18 (optsprezece) ani și maximum 64 (șaizecișipatru) de ani la momentul înrolării în Programul de Asigurare;

2. copil: persoana care la data producerii Riscului Asigurat îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a. 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;
- b. are vârsta cuprinsă la momentul înscrierii în Programul de Asigurare între 6 (șase) luni și 17 (șaptesprezece) ani inclusiv.

1.6. BENEFICIAR înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului Asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare. În cazul prezentelor condiții contractuale 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 de asigurare va fi plătită moștenitorilor legali ai Persoanei Asigurate.

1.7. CERTIFICATUL DE ASIGURARE reprezintă Contractul de Asigurare al 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. Acesta va fi pus la dispoziția fiecărei persoane din Grupul Eligibil, care

și-a exprimat acordul telefonic, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, de a primi documentele de asigurare. Acest document certifică înscrierea în asigurare și calitatea de Persoana Asigurată și 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 e-mail-ul de înrolare sau, după caz, 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, Politica Metropolitan Life de prelucrare a datelor personale, Declarația Agentului de Asigurare, precum și acceptarea Serviciului de debitare automată.

- 1.8. CONDIȚIE MEDICALĂ PREEXISTENTĂ** înseamnă orice Îmbolnăvire sau Vătămare corporală sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, manifestată și diagnosticată ca atare de un Medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale înainte de Data Activării și/sau în perioada de suspendare a asigurării. Evenimentele cauzate direct sau indirect de o condiție medicală preexistentă nu sunt acoperite de prezentul contract de asigurare.
- 1.9. CONFIRMAREA DE PRIMIRE EXTINSĂ** reprezintă documentul ce conține confirmarea de primire de către Asiguratul principal a documentelor privind asigurarea, și Serviciul de debitare automată, precum și acceptarea acestora.
- 1.10. DATA ACTIVĂRII** reprezintă data intrării în vigoare a contractului de asigurare și este data la care Asiguratul Principal recepționează documentele de asigurare, după caz:
- data primirii e-mail-ului de înrolare;
 - data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare transmise prin curier.
- 1.11. DATA EVENIMENTULUI ASIGURAT** este data Intervenției Chirurgicale ca urmare a unei Îmbolnăviri sau a unui Accident suferite în perioada de valabilitate a asigurării.
- 1.12. DATA SCADENTĂ** a primei de asigurare va fi considerată data de 4 a fiecărei Luni de Asigurare. În cazul în care, această zi este nelucrătoare în luna respectivă, prima lunară se va retrage din contul curent al Asiguratului Principal, în prima zi lucrătoare anterioară Datei Scadente. Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare ("Data Scadentă a primei de asigurare").
- 1.13. EMAIL-UL DE ÎNROLARE** reprezintă dovada de transmitere a documentelor de asigurare, și a celor aferente Serviciului de debitare automată, acesta fiind transmis de către Societatea de Asigurare, la adresa de e-mail comunicată și confirmată, în apelul de înrolare, de către Asiguratul Principal.
- 1.14. EXCLUDERILE** sunt situațiile neacoperite de asigurare (așa cum sunt menționate în Art.7) și pentru care indemnizația de asigurare nu este datorată.
- 1.15. 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 privind protecția consumatorilor la încheierea și executarea contractelor la distanță privind serviciile financiare, 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 (șaizeci și patru) de ani la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale (pentru opțiunea Acoperire Individuală), cât și membrii Familiilor acestora, astfel cum sunt definiți în prezentele condiții contractuale (pentru opțiunea Acoperire Extinsă).
- Persoanele care prezintă Invaliditate Totală Permanentă nu sunt eligibile.
- Dacă se constată că la momentul înrolării în asigurare clienții prezentau Invaliditate Totală Permanentă și nu au declarat situația de Invaliditate, contractul de asigurare se consideră nul, fără îndeplinirea niciunei alte formalități și fără intervenția instanțelor judecătorești, primele de asigurare colectate vor fi returnate integral, iar solicitarea de despăgubire va fi respinsă de către Societatea de Asigurări.
- 1.16. ÎMBOLNĂVIRE** - înseamnă modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate, manifestată și diagnosticată ca atare pentru prima oară după Data Activării. Manifestarea și diagnosticarea unei îmbolnăviri în perioada de suspendare și/sau în perioada de amânare a contractului (conform paragrafului 1.26) nu este acoperită de prezentul contract de asigurare.

- 1.17. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE** reprezintă suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Persoanei Asigurate în cazul producerii Riscului asigurat. Indemnizația de asigurare se va calcula în funcție de Suma Asigurată pentru fiecare acoperire în parte, conform articolului „Acordarea indemnizațiilor de asigurare”.
- 1.18. INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ** reprezintă o procedură sau tehnică medicală efectuată asupra Asiguratului într-un Spital, de către un medic chirurg și considerată necesară pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat. Procedura/tehnica efectuată în scop terapeutic/curativ trebuie să implice o incizie/ electrocauterizare și să fie efectuată sub o anestezie locală sau generală de către un chirurg cu drept de liberă practică, în prezența unui medic anestezișt.
- 1.19. INVALIDITATE PERMANENTĂ** se referă la pierderea anatomică sau funcțională a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent. Invaliditatea trebuie, după toate probabilitățile, să continue pentru tot restul vieții.
- 1.20. INVALIDITATE TOTALĂ PERMANENTĂ** se referă la situația certificată în care, în urma unei vătămări corporale sau în urma unei afecțiuni/îmbolnăviri, Asiguratul are o stare de invaliditate permanentă, conform definiției de mai sus, și îl împiedică pe acesta să presteze orice fel de activitate remunerată sau aducătoare de profit.
- Această asigurare NU acoperă Invaliditatea Totală Permanentă.**
- 1.21. 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.
- 1.22. 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 România sau al unei autorități similare din altă țară, alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia până la gradul 2 inclusiv.
- 1.23. PERSOANE ASIGURATE:** Asiguratul Principal și Asiguratul Subsidiar, dacă este cazul.
- 1.24. 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.
- 1.25. POLIȚĂ DE ASIGURARE DE GRUP / POLIȚĂ 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.
- 1.26. PERIOADA DE AMÂNARE** înseamnă intervalul de timp în decursul căruia evenimentele asigurate nu sunt acoperite, astfel:
- 9 (nouă) luni calendaristice pentru Intervenția chirurgicală de tip Cezariană, calculate de la data Activării Asigurării;
 - 3 (trei) luni calendaristice pentru Intervenția chirurgicală din Îmbolnăvire calculate o singură dată, de la data Activării Asigurării pentru acoperirile din accident;
 - 1 (una) lună calendaristică pentru Intervenția chirurgicală din Îmbolnăvire, calculată de fiecare dată când protecția prin asigurare se suspendă ca urmare a neplății primei lunare de asigurare timp de 3 (trei) luni consecutive. În acest caz perioada de amânare se calculează de la data de început a Lunii de Asigurare pentru care se reia plata primei de asigurare.

!! În perioada de amânare (indiferent de tipul ei), **Intervenția chirurgicală din accident și implicit Cheltuielile medicale** aferente intervențiilor chirurgicale din accident, precum și serviciile de Telemedicină, sunt acoperite.

- 1.27. PERIOADA DE GRATUITATE** este perioada pentru care Acoperirea Individuală este în vigoare fără să existe obligații de plată a primei lunare de asigurare de către Asiguratul Principal. Perioada de gratuitate se calculează o singură dată de la momentul primirii email-ului de înrolare sau al semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare, cuprinzând perioada între data primirii email-ului de înrolare sau data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare de către Asiguratul Principal și ultima zi calendaristică a lunii imediat următoare, prin care Asiguratul Principal confirmă înscrierea în Programul de Asigurare reglementat de prezentele condiții contractuale.

Exemplu pentru clienții care au optat pentru primirea documentației pe e-mail:

Data apel telefonic: 05.02.2023

Data recepționării email-ului de înrolare = data activării: 06.02.2023

Perioada de gratuitate: 06.02.2023 - 31.03.2023

Data primei debitări / prima Dată Scadentă: 04.03.2023

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare: 01.04.2023 - 30.04.2023

Exemplu pentru clienții care au optat pentru primirea documentației prin serviciile de curierat:

Data apel telefonic 05.02.2023

Data semnării confirmării de primire = data activării - 15.02.2023

Perioada de gratuitate: 15.02.2023 - 31.03.2023

Data primei debitări / prima Dată Scadentă: 04.03.2023

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare: 01.04.2023 - 30.04.2023

- 1.28. RISC/EVENIMENT ASIGURAT.** În baza prezentelor condiții contractuale sunt asigurate următoarele riscuri: Intervențiile chirurgicale din îmbolnăvire sau din accident.
- 1.29. SERVICII DE TELEMEDICINĂ** – beneficiu oferit Asiguratului Principal/Subsidiar de către Societatea de asigurări, în parteneriat cu furnizorul agreat de servicii de acest tip – Telios Care S.A. Termenii și condițiile acestui beneficiu sunt prezentate la articolul 11.
- 1.30. SPITAL** reprezintă o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
- (1) deține o licență de funcționare ca spital, oferită de Ministerul Sănătății;
 - (2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămate, în calitate de pacienți spitalizați;
 - (3) furnizează servicii de asistență medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;
 - (4) dispune de un personal cuprinzând cel puțin un medic disponibil permanent;
 - (5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și operații chirurgicale ;
 - (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;
- 1.31. SOCIETATEA DE ASIGURARI - MetLife Europe Designated Activity Company** o societate Irlandeză constituită sub forma de „private company limited by shares”, cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20 on Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062, prin sucursala sa din România, **Metropolitan Life Asigurari MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București**, cu sediul social în Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/135/07.01.2016, având cod unic de identificare 35383464, reprezentată legal de Dna. Carmina Dragomir, denumită în continuare “Societatea de Asigurări”.
- 1.32. SPORT PROFESIONIST:** activitate sportivă, remunerată sau nu, efectuată ca urmare a afilierii la un club sportiv sau asociație sportivă (printr-o legitimație de sportiv sau orice alt document de adeziune), fie în timpul unui antrenament sau a unei competiții sportive.
- 1.33. SUMA ASIGURATĂ** înseamnă suma specificată în cuprinsul prezentelor condiții contractuale și în Certificatul de Asigurare, și reprezintă Suma 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.
- 1.34. VĂTĂMARE 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 poliței de asigurare.

Articolul 2. Obiectul contractului

- 2.1. Societatea de Asigurări oferă protecție Asiguratului Principal/Subsidiar pentru Riscurile Asigurate sub rezerva și în condițiile prevederilor, excluderilor, limitărilor, rezervelor și declarațiilor din cuprinsul prezentelor condiții de asigurare.
- 2.2. Prin prezentul contract se oferă accesul la beneficii de Telemedicină așa cum este prevăzut acest lucru în articolul 11.

Articolul 3. Data activării acoperirii

- 3.1. Activarea Acoperirii pentru Persoanelor Asigurate în temeiul prezentelor condiții contractuale începe după cum urmează:
 - a. Pentru Asiguratul Principal, la data primirii email-ului de înrolare sau, după caz, la data semnării confirmării de primire extinse a documentelor de asigurare și ale Serviciului de debitare automată;
 - b. Pentru Asigurații Subsidiari, la data la care sunt întrunite, cu privire la persoana lor, toate condițiile menționate la art.1.5. de mai sus.
- 3.2. Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații la plata izvorâte din contractul de asigurare, pe perioada de gratuitate, calculată o singură dată de la momentul primirii email-ului de înrolare sau, după caz, al semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare.

După expirarea acestei perioade de gratuitate, Persoana Asigurată beneficiază de asigurare prin debitarea automată a contului curent al Asiguratului Principal, cu valoarea primei de asigurare, cu condiția existenței dovezii de recepționare a documentelor de asigurare, respectiv emailul transmis de Societate sau confirmarea de primire extinsă.
- 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 neplătii 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 viitoarea 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

Orice fraudă, declarație falsă sau omisiune voită (nu sunt declarate aspecte esențiale pentru înrolarea în asigurare sau acordarea Indemnizației) cum ar fi, dar fără a se limita la, informații și /sau declarații inexacte de natură medicală, care afectează protecția prin asigurare contractată în baza prezentului Contract de Asigurare, va atrage încetarea de drept a asigurării urmând ca toate Indemnizațiile ce s-ar fi cuvenit Beneficiarului să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie.

Articolul 6. Plata primei de asigurare

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 Platinum, Premium sau Standard), după Data Activării prin plata primelor de asigurare prin intermediul Serviciului de debitare automată, astfel:

Tip acoperire	Prima lunara/ Platinum	Prima lunara/ Premium	Prima lunara/ Standard
Asigurare Individuala	72,00 lei	57,00 lei	42,00 lei
Asigurare Extinsa (Familie)	119,00 lei	94,00 lei	69,00 lei

- 6.1.** 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 menționate 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.
- 6.2.** Prima de asigurare se plătește anticipat, lunar, pentru Luna de Asigurare următoare Datei Scadente.

Exemplu:

Data Scadentă: 04.07.2023

Perioada acoperită prin plata primei la Data Scadentă: 01.08.2023 - 30.08.2023

- 6.3.** Contul curent este contul curent principal în lei 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 următoare, 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 răscumpărare și nici perioadă de grație, iar valoarea primelor achitate nu se restituie la încetarea acoperirii prin asigurare.
- 6.7.** În cazul în care modalitatea agreată pentru plata primei de asigurare nu mai este disponibilă (indiferent de motiv), asigurarea poate rămâne în vigoare doar dacă Asiguratul Principal optează pentru o nouă modalitate de plată și pentru condițiile comerciale aferente acesteia, oferită de Societatea de Asigurări și pusă la dispoziția acestuia, la momentul respectiv.

Articolul 7. Excluderi

- 7.1.** Această asigurare nu se aplică 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 Asigurat a oricărui drog (incluzând substanțe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
 - d.** consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie, în cazul unui accident de transport (rutier, maritim, aerian) sau al unui accident de muncă;
 - e.** consumul excesiv de alcool, alcoolism, orice afecțiuni cronice etanolice (de exemplu, dar fără a se limita la: ciroza hepatică etanolică);

- f. sinuciderea sau tentativa de sinucidere a Persoanei Asigurate, pe durata primilor 2 (doi) ani de la data intrării în vigoare a asigurării, indiferent de starea mintală a Persoanei Asigurate.

Suplimentar, se exclud toate evenimentele asigurate din accident survenite în împrejurările următoare:

- a. participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist, cu excepția copiilor cu vârsta sub 14 ani la data evenimentului;
- b. participarea Asiguratului la misiuni și antrenamente în cadrul structurilor MAI/ MAPN/SPP/SRI/SIE sau orice altă structură care necesită folosirea armamentului din dotare;
- c. participarea Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni;

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

- a. orice intervenție chirurgicală cauzată de o condiție preexistentă așa cum este definită mai sus;
- b. orice eveniment cauzat de îmbolnăviri manifestate, diagnosticate și/sau tratate în perioada în care acoperirea individuală a fost suspendată pentru neplata primei de asigurare;
- c. orice intervenție chirurgicală ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri ce a avut loc în perioada în care acoperirea individuală a fost suspendată pentru neplata primei de asigurare;
- d. orice tratament necesar unei afecțiuni, survenite în urma unui accident sau a unei îmbolnăviri, ce presupune o internare într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescență, centre de dezintoxicare, centre de sănătate, etc.), Secție Clinică de Recuperare sau Centru de recuperare din cadrul unui Spital, Institutul Național de Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie, centre cu consult extern sau centru de reabilitare/ recuperare;
- e. toate examinările periodice de control sau de observare, legate sau nu de orice îmbolnăvire existentă înainte sau după data intrării în vigoare a acestei asigurări;
- f. chirurgie dentară, cu excepția celor cauzate de un accident, așa cum este acesta definit în prezentele Termeni și Condiții.
- g. intervenții chirurgicale efectuate în scop explorator/de diagnostic, pentru tratamentul sterilității, sau în scopul fertilizării invitro.

- 7.2. Nicio intervenție chirurgicală cauzată de sarcină nu este acoperită prin prezentul contract de asigurare în primele 9 luni de la Data Activării și nu poate fi cumulată cu niciun alt beneficiu plătit în baza acestui contract de asigurare. Ulterior în cazul în care, în urma unei sarcini, nașterea copilului are loc prin cezariană, Societatea de Asigurări va plăti către persoana asigurată beneficiul de cezariană, calculat ca procent din Suma Asigurată, conform „Tabelului de Plăți”.
- 7.3. Nu se va efectua nicio plată în caz de Intervenție Chirurgicală cauzată de o Îmbolnăvire apărută în primele 3 (trei) luni de la Data activării asigurării, respectiv 9 (nouă) luni pentru intervențiile chirurgicale de tip cezariană, sau în prima lună de la data la care se reia protecția prin asigurare ca urmare a unei perioade de suspendare de minimum 3 (trei) luni consecutive ca urmare a neplății primei lunare de asigurare. În această perioadă vor fi acoperite numai Intervențiile Chirurgicale cauzate de un Accident.
- 7.4. În situația în care Societatea de Asigurări constată ulterior plății indemnizației de asigurare că un eveniment a fost cauzat sau provocat, direct sau indirect, de una sau mai multe dintre condițiile enumerate mai sus, 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.
- 7.5. Societatea de Asigurări nu va fi responsabilă să plătească nicio despăgubire sau să ofere nicio acoperire sau beneficiu în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri sau Beneficiu ar expune Compania la orice sancțiune, interdicție sau restricție conform rezoluțiilor Națiunilor Unite ori conform sancțiunilor comerciale sau economice, legilor ori reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit, Statelor Unite ale Americii sau autorității locale aplicabile.
- 7.6. Societatea de Asigurări este obligată și trebuie să respecte toate legile și reglementările aplicabile privind sancțiunile comerciale și economice, inclusiv cele stabilite de Departamentul de Trezorerie al SUA, Oficiul pentru Controlul Activelor Străine (OFAC), Uniunea Europeană, Națiunile Unite, Regatul Unit și autoritatea locală aplicabilă România.

7.7. Societatea de Asigurări nu va oferi acoperire și/sau plată în conformitate cu Polița de Grup dacă acestea sunt interzise de Oficiul pentru Controlul Activelor Străine, Națiunile Unite, Uniunea Europeană, Regatul Unit sau de sancțiunile locale aplicabile, incluzând, dar fără a se limita la situația în care titularul poliței, asiguratul sau persoana îndreptățită să primească o astfel de plată:

- (I) este domiciliat sau situat în orice țară sancționată de OFAC, Națiunile Unite, Uniunea Europeană, Regatul Unit sau de către autoritatea locală aplicabilă;
- (II) este listat pe lista Oficiului pentru Controlul Activelor Străine (OFAC) cu Cetățeni special desemnați și Persoane Blocați (SDN), pe listele sancțiunilor Națiunilor Unite, Uniunii Europene, Regatului Unit sau pe orice altă listă de sancțiuni internaționale sau locale; sau
- (III) solicită plata pentru orice servicii primite în orice țară sancționată de OFAC, Națiunile Unite, Uniunea Europeană, Regatul Unit sau de către autoritatea locală aplicabilă.

Articolul 8. Acordarea indemnizațiilor de asigurare

8.1. 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	Pachetul Platinum Suma Asigurată		Pachetul Premium Suma Asigurată		Pachetul Standard Suma Asigurată	
	Individual	Extinsă (Familie)	Individual	Extinsă (Familie)	Individual	Extinsă (Familie)
	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii
Indemnizația de Asigurare ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri*	%12.500 lei (**)	%12.500 lei (**)	%10.000 lei (**)	%10.000 lei (**)	%7.500 lei (**)	%7.500 lei (**)
Cheltuieli Medicale ca urmare a unei Intervenții Chirurgicale indemnizate	900 lei (**)	900 lei (**)	600 lei (**)	600 lei (**)	300 lei (**)	300 lei (**)
Servicii de Telemedicină	Da	Da	Da	Da	Da	Da

8.2. Toate sumele asigurate, atât pentru Intervențiile chirurgicale, cât și pentru Cheltuielile medicale, vor fi majorate cu un procent de 25% la fiecare 5 ani de contract, fără ca această majorare să determine modificarea primelor de asigurare.

* % din Suma Asigurată va fi alocat în funcție de gradul de complexitate a intervenției chirurgicale, conform Tabelului de plăți din prezentele termeni și condiții

** Cheltuieli medicale aferente fiecărui eveniment indemnizat prin prezentul contract, așa cum este detaliat în art. 8.6

Exemple:

1. *Eveniment asigurat în anul 3 de asigurare – intervenție chirurgicală pentru Hernie Inghinală Bilaterală, afecțiunea fiind diagnosticată după data înrolării în asigurare – 50%, conform Tabelului de Plăți*
 - Pachet de asigurare – Premium Individual, cu Sume Asigurate în primii 5 ani de asigurare de 10,000 lei pentru Intervenții chirurgicale și 600 lei pentru Cheltuieli medicale
 - Calcul Indemnizație asigurare = 50%*10.000 lei+600 lei = 5.600 lei
2. *Eveniment asigurat în anul 7 de contract – tratamentul fracturii de femur , pentru fractură suferită după data înrolării în asigurare– 40%, conform Tabelului de Plăți*

8.3. Societatea de Asigurări 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.

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

8.5. Indemnizația de asigurare pentru intervenția chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri

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

8.5.2. Dacă se efectuează două sau mai multe intervenții chirurgicale în aceeași ședință operatorie sau în aceeași zonă a corpului, se va plăti indemnizația corespunzătoare intervenției chirurgicale cu cel mai mare procent din suma asigurată corespunzător intervențiilor chirurgicale efectuate.

Exemple:

Caz 1:

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

Caz 2:

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

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

8.5.4. Acoperirile din îmbolnăvire au o perioadă de amânare de 3 (trei) luni de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare, și o lună de la data de început a Lunii de Asigurare pentru care Asiguratul Principal plătește prima lunară de asigurare după o perioadă de suspendare de 3 luni consecutive. Societatea de Asigurări nu va plăti nicio indemnizație în cazul în care riscul asigurat se va produce în decursul acestei perioade de amânare.

IMPORTANT! Acoperirea pentru accident este disponibilă de la Data Activării

8.6. Indemnizația pentru cheltuieli medicale aferente unei intervenții chirurgicale indemnizate (plătite)

8.6.1. Societatea de Asigurări va plăti în baza prezentelor condiții, o indemnizație de asigurare pentru cheltuieli medicale doar în cazul Intervenției Chirurgicale din Accident sau Îmbolnăvire acoperite și indemnizate în baza prezentei Polițe de Asigurare, fără ca Persoana Asigurată să aducă vreo dovadă a efectuării acestor cheltuieli medicale.

8.7. 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.

8.8. 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.

- 8.9.** Cererea pentru Indemnizația de Asigurare va conține următoarele date și informații și i se vor atașa cel puțin următoarele documente, după caz:
- a.** Cererea de despăgubire completată și semnată de Asigurat /Beneficiar sau reprezentantul legal al acestuia în formatul cerut de Societatea de Asigurări, formular disponibil în aplicația e-Claims și pe www.metropolitanlife.ro;
 - b.** Copia actului de identitate (CI) a persoanei Asigurate /Beneficiarului precum și a reprezentantului legal, după caz; în cazul /beneficiarului minor – Certificatul de naștere;
 - c.** Pentru Asigurații Subsidiari:
 - certificatul de naștere pentru minorii asigurați care nu dețin act de identitate
 - certificatul de căsătorie pentru asigurații dependenți soț/soție
 - d.** Orice document emis de bancă din care să rezulte datele contului bancar (nume titular și număr cont) al persoanei îndreptățite să primească suma cuvenită din despăgubire;
 - e.** Biletul/Biletele de ieșire din spital;
 - f.** Copia scrisorii medicale, dacă există;
 - g.** După caz, în funcție de cauza evenimentului:
 - copia Fișei medicale/ Raport medical care să cuprindă istoricul medical, eliberată de medicul de familie;
 - copia raportului poliției cu circumstanțele producerii evenimentului și rezultatul testului toxicologic (dacă intervenția chirurgicală este urmarea unui accident /eveniment în care Poliția a efectuat cercetări);
 - documentele medicale din care să reiasă data accidentului care produce direct sau indirect evenimentul asigurat.
 - h.** alte documente relevante solicitate de Societatea de Asigurări.
- 8.10.** 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 sau Îmbolnăvire, costurile aferente fiind suportate de către Societatea de Asigurări. După survenirea oricărei Vătămări Corporale sau Îmbolnăvire, 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.
- 8.11.** 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.
- 8.12.** 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 sau în orice alt cont indicat de către acesta. 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.
- 8.13.** În cazul beneficiarului minor, plata va fi efectuată în contul Asiguratului Principal al asigurării sau în contul bancar al minorului. În cazul decesului Persoanei Asigurate, indemnizația de asigurare aferentă riscurilor acoperite prin prezenta Poliță va fi plătită moștenitorilor legali ai Persoanei Asigurate.
- 8.14.** Dacă Persoana asigurată/Beneficiarul nu depune la Societatea de Asigurări toate documentele prevăzute mai sus sau Persoana asigurată nu se va prezenta la controlul medical, solicitat de Societatea de Asigurări pentru examinarea Vătămărilor Corporale sau Îmbolnăvirii, 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 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.
- 8.15.** Sumele care vor trebui plătite conform prevederilor acestui contract de asigurare nu vor putea fi cesionate și nu pot constitui obiectul unor garanții.

- 8.16.** 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; Orice document emis de bancă din care să rezulte datele contului bancar (nume titular și număr cont) al moștenitorului legal (titularul contului trebuie să fie persoana îndreptățită să primească indemnizația de asigurare/moștenitorul legal).
- 8.17.** Documentația necesară va fi transmisă Asigurătorului în limba română sau una din limbile de circulație internațională: engleză, franceză, italiană, germană și/sau spaniolă. Documentele în alte limbi decât cele enumerate vor fi transmise sub forma traducerii autorizate, în copie, iar costul traducerii va fi suportat de către Beneficiar. Suplimentar, Societatea își rezervă dreptul de a solicita oricând documente suplimentare în original, în vederea clarificării împrejurărilor în care s-a petrecut evenimentul asigurat.
- 8.18.** În niciun caz, Persoanele Asigurate nu vor putea solicita plata niciunei Indemnizații de Asigurare în afara prevederilor prezentei asigurări.

Articolul 9. Modificarea acoperirii individuale

- 9.1.** După data începerii Acoperirii Individuale, Asiguratul Principal poate solicita oricând pe durata contractului modificarea tipului de acoperire (Individuală sau Extinsă, Premium, Platinum sau Standard) 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 – 17:00. Numărul de telefon menționat în acest articol poate fi modificat de către Societatea de Asigurări; această informație va fi disponibilă pe site-ul acesteia.
- 9.2.** Noua variantă de asigurare aleasă de către Asiguratul Principal va produce efecte începând cu luna de asigurare pentru care plătește 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 ultima 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 (Individuale sau Extinse);
 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 Debitare Directă, 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 împlinirii termenului de preaviz, în cazul denunțării asigurării de către Societatea de Asigurări

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

1. la data la care va înceta Acoperirea Individuală a Asiguratului Principal, indiferent de motiv;
2. la data la care Asiguratul Subsidiar va împlini vârsta maximă admisă de 65 (șaizecișicinci) de ani – în cazul asiguratului subsidiar soț/soție al/a Asiguratului Principal, respectiv 18 (optsprezece) – în cazul Asiguratului Subsidiar copil al Asiguratului principal (sau 22 (douazecișidoi) de ani în cazul în care Asiguratul Subsidiar copil studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată);
3. la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Subsidiar.

10.3. Societatea de Asigurări, fiind informată cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevazute mai sus, se obligă să informeze Banca cu privire la acest eveniment și la necesitatea încetării debitării a respectivului cont curent în Lei deschis la aceasta.

10.4. Serviciul Debitare Directă va înceta în mod automat odată cu încetarea protecției prin asigurare, indiferent de motiv.

10.5. Asiguratul Principal are dreptul de a denunța unilateral contractul de asigurare în termen de 30 (treizeci) de zile calculat de la data primirii Poliței 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 de către Asiguratul Principal oricând și după îndeplinirea acestui termen, însa primele de asigurare plătite până la acel moment nu vor fi restituite.

10.6. Contractul de asigurare poate fi denunțat 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 – 17:00.

10.7. 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 concordanța cu termenii și condițiile contractuale.

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

Asiguratul Principal poate solicita încetarea asigurării cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data debitării primei de asigurare (datele în care se va încerca retragerea primei de asigurare prin Serviciul Debitare Directă pentru plata primei lunare de asigurare și care coincide cu Data Scadentă sau cu reverificări la perioade succesive de 3 (trei) zile calendaristice, de maxim 3 ori pe durata unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 8 zile de la Data Scadenței), 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 – 17:00. 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.

10.9. 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 de zile.

Articolul 11. Condiții contractuale servicii de Telemedicină - consiliere medicală online

11.1. Definiții

11.1.1. **Partener:** Telios Care SA, ale carui servicii sunt disponibile pe platforma online www.telios.ro/metropolitanlife și portal.telios.ro, care oferă Serviciile de Telemedicină. De asemenea aceste servicii pot fi accesate și sunând la numărul de telefon : 0373 787 800

11.1.2. **Consilierea medicală online și/sau telefonică și video** reprezintă un serviciu din categoria telemedicinii, care permite interacțiunea medic-pacient în mediul online, prin intermediul mijloacelor electronice de comunicare. Serviciul de consiliere medicală online sau telefonic este disponibil ca o alternativă a consultațiilor în prezența pacientului în cabinetul medicului, nu își propune să înlocuiască consultul medical de specialitate și este limitat în ceea ce privește posibilitatea de diagnosticare.

11.2. Beneficii

- 11.2.1.** Societatea oferă Asiguratului principal/subsidiar cu ocazia emiterii contractului de asigurare, accesul în mod gratuit la Serviciile de Telemedicină oferite de către Partener.
- 11.2.2.** În cadrul apelului în care Asiguratul Principal și-a exprimat acordul de înscriere în programul de asigurare, va fi informat că va avea acces gratuit la aceste servicii pe întreaga durată a contractului de asigurare, cu condiția ca acoperirea de bază să fie activă în luna în care se solicită acest serviciu.
- 11.2.3.** Asiguratul va putea accesa aceste servicii de Telemedicină prin următoarele modalități:
- platforma online www.telios.ro/metropolitanlife, unde își va crea un cont de utilizator având ca date de logare numărul de poliță de asigurare (cod unic) și o parolă stabilită de Asigurat.
 - prin contactarea Call Center Partener la numărul de telefon: 0373 787 800
- 11.2.4.** Este răspunderea Asiguratului Principal/Subsidiar să ofere o descriere cât mai corectă și completă a simptomelor, a stării generale de sănătate, a medicației folosite sau a tratamentelor indicate de alți medici și neurmte în totalitate, a istoricului medical și a oricărui posibili factori externi cu care pacientul a intrat în contact (ex. persoane cu afecțiuni transmisibile, călătorii, substanțe de orice natură etc).
- 11.2.5.** Având în vedere nivelul de confidențialitate și de securitate necesare accesării în siguranță a acestui tip de serviciu, consilierea medicală online este accesibilă doar prin intermediul contului individual Telios (contul de portal), atât în versiunea desktop, cât și mobilă, iar consilierea medicală telefonică este accesibilă și prin apelarea Telios la numărul de Call Center furnizat mai sus.
- 11.2.6.** Sesiunea de consiliere medicală video nu va fi înregistrată, și nici o imagine sau amprentă vocală nu va fi stocată de către Telios ca urmare a sesiunii de consiliere medicală online. Este interzisă înregistrarea acesteia de către pacient. În caz contrar, medicul va opri înregistrarea la momentul în care o va sesiza, reamintind pacientului interdicția. La o eventuală încălcare viitoare, pacientului i se va interzice accesul, fără a avea posibilitatea unei noi programări urmând a fi aplicabile regulile obișnuite pentru folosirea serviciilor Telios.
- 11.2.7.** În cadrul consilierii medicale telefonice, discuția dintre medic și pacient este înregistrată în scopul evidenței informațiilor relevante din punct de vedere medical în fișa medicală a pacientului, iar aceste înregistrări sunt stocate pe o perioadă de maximum 3 ani, accesibile doar personalului medical autorizat. Toate datele consilierii medicale telefonice se găsesc în fișa pacientului, care poate fi accesată din portalul Telios.
- 11.2.8.** Consilierile medicale online și telefonice, fără prezența fizică a pacientului în cabinet, se pretează doar anumitor specialități medicale și prezintă anumite caracteristici, după cum urmează:
- Se va putea oferi consiliere medicală doar pentru afecțiuni de gravitate cel mult medie, implicând o stare generală bună a pacientului, cu simptome cu debut recent, de până la câteva zile;
 - Se va putea oferi de asemenea consiliere medicală după vizite anterioare, pentru interpretarea rezultatelor analizelor și eventual evaluarea modului în care afecțiunea se recuperează;
 - Consilierea medicală nu va putea implica un examen clinic complet (nu vor putea fi făcute măsurători ale semnelor vitale, nu vor putea fi obținute date clinice în urma palpării sau ausculțației pacientului).
- 11.2.9.** Este important de făcut diferența între medicină generală, specialitățile medicale și pediatrie. Astfel, în cazul pediatriei, se vor putea consilia o gamă mai largă de simptomatologii, care în cazul adulților pot fi indicii ale unor afecțiuni ce necesită investigații mai complexe și prezența pacientului în cabinetul medicului.
- 11.2.10.** În funcție de cele constatate de medic, consilierile medicale se vor putea finaliza fie cu recomandări simple cu instrucțiuni de urmat, fie cu recomandări pentru un consult clinic de specialitate sau investigații.
- 11.2.11.** Medicul nu va putea emite toate tipurile de rețete (vor putea cel mult fi emise recomandări de medicamente OTC – medicamente eliberate de farmacia fără prescriere medicală / rețete pentru prelungirea de tratamente pentru afecțiuni cronice pentru perioade de maximum 30 de zile);
- 11.2.12.** Raportul medical al consilierii, inclusiv recomandările făcute la final, se vor/ va regăsi în istoricul medical al pacientului și va fi vizibil și în contul de portal al acestuia.

- 11.2.13.** Pacientul este rugat să țină seama de recomandările făcute de medic. Medicul curant și Telios își declină orice răspundere în cazul în care pacientul nu urmează aceste recomandări. În cazurile în care recomandările efectuate în cadrul consilierii nu îmbunătățesc simptomele prezentate, pacientul are datoria de a solicita o nouă opinie. Dacă simptomele se agravează sau apar reacții adverse la medicamentele recomandate pacientul va apela serviciul de urgență 112 sau se va prezenta la Camera de Gardă.
- 11.2.14.** Acoperirile medicale pentru care se oferă acest beneficiu sunt: Medicină Generală, Pediatrie, Medicină Internă, Gastroenterologie, Reumatologie, Diabet și Boli metabolice, ORL, Farmacie, Stomatologie, Endocrinologie, Psihologie, Nutriție, Fitness, Kinetoterapie, Ginecologie, Urologie, Psihiatrie, Psihiatrie pediatrică, Dermatologie, Cardiologie, Nefrologie, Oftalmologie, Oncologie, Ortopedie, Ortopedie Pediatrică, Chirurgie Pediatrică. Acestea însă se pot modifica pe parcursul contractului, lista actualizată putând fi accesată pe site-ul Partenerului (www.telios.ro/metropolitanlife).
- 11.2.15.** Asiguratul Principal/Subsidiar va primi asistență prin linia de suport indicată pe pagina web a platformei (www.telios.ro/metropolitanlife).

11.3. Limite ale răspunderii:

- 11.3.1.** Societatea de Asigurări nu poate fi trasă la răspundere pentru serviciile de Telemedicină oferite de Partener.
- 11.3.2.** Datele cu caracter personal, inclusiv cele de sănătate vor fi prelucrate de Partener și de Societate, în calitatea acestora de Operatori, cu respectarea obligațiilor prevăzute de legislația în vigoare în materia prelucrării datelor cu caracter personal, Societatea nefiind responsabilă pentru prelucrările realizate de Partener în scopul prestării Serviciilor de Telemedicină.

11.4. Durata contractului Servicii de Telemedicină

- 11.4.1.** Data intrării în vigoare va fi prevăzută în polița de asigurare, ea fiind aceeași cu cea a contractului de asigurare.
- 11.4.2.** Beneficiul va putea fi accesat după maximum 5 zile lucrătoare de la data activării contractului de asigurare.
- 11.4.3.** Acoperirea acestui beneficiu încetează la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării.
- 11.4.4.** Acest beneficiu încetează de drept, automat, în momentul încheierii colaborării dintre Societatea de Asigurări și Partener, cu excepția cazului în care se va continua prestarea acestor beneficii prin intermediul altei companii. Încetarea și/sau înlocuirea colaborării cu Partenerul va fi publicată pe pagina de internet oficială a Societății.

Articolul 12. Legea aplicabilă și reclamații

Prezentului contract i se aplică legislația din România.

Persoana Asigurată/Reprezentantul Legal cuprinși în contractul de asigurare și Societatea de Asigurări vor încerca soluționarea pe cale amiabilă a oricăror diferende rezultate din executarea contractului de asigurare. Orice reclamații adresate Societății de Asigurări de către 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 de asigurare 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 sediu 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

Taxe, 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. Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri

Procent Din Suma Asigurată

	% din suma asigurată
ABDOMEN	
Apendicectomie	35
Rezecție intestinală	70
Rezecție gastrică	70
Gastroenterostomie	60
Colecistectomie	60
Laparatomie în scop de diagnostic, tratament sau extirparea unuia sau mai multor organe interne	50
Dacă nu este altfel specificat în continuare, două sau mai multe proceduri chirurgicale efectuate prin aceeași incizie abdominală vor fi considerate o singură intervenție chirurgicală.	
ABCES	
Incizia unuia sau mai multor abcese superficiale sau furuncule	5
Tratamentul unuia sau mai multor carbuncule sau abcese care necesită spitalizare	10
AMPUTĂRI	
Degete de la mână sau picior, fiecare dintre ele	10
Mână, antebraț sau picior până la nivelul gleznei	20
Picior, braț sau coapsă	40
Coapsă până la nivelul articulației șoldului	70
SÂNI	
Amputarea unuia sau ambilor sâni, cu rezecție radicală până în axilă	70
Amputare simplă a unuia sau a ambilor sâni	40
TORACE	
Toracoplastie completă (toracotomie)	100
Lobectomie sau pneumectomie	70
Toracotomie în scop de diagnostic sau pentru tratamentul organelor interne, cu excepția extragerii lichidului	30
Extragerea puroiului, cu excepția extragerii lichidului	10
Pneumotorax artificial	10
Bronhoscopie:	
- în scop diagnostic	10
- în scop curativ	20
URECHE	
Intervenție chirurgicală asupra timpanului	5
Mastoidectomie radicală, unilateral	50
Mastoidectomie radicală, bilateral	60
Miringotomie uni sau bilaterală	100

ESOFAG

Intervenție chirurgicală pentru strictura esofagiană	40
Endoscopie in scop diagnostic sau curativ	10

OCHI

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

FRACTURI

Tratament chirurgical	
Claviculă, omoplat sau antebrăț, un singur os	15
Tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10
Femur	40
Humerus	25
Degete de la mână sau picior, fiecare din acestea, sau o coastă	5
Antebrăț - ambele oase, rotulă, fără să necesite tracțiune	20
Gambă - ambele oase	30
Mandibulă	20
Carpene, metacarpene, piramida nazală, coaste - două sau mai multe sau stern	10
Pelvis, fără să necesite tracțiune	30
Procese transversale vertebrale, fiecare dintre acestea	5
Vertebre, fractura prin compresie, una sau mai multe	40
Articulația pumnului	10

Fractura deschisă - cominutivă:

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

APARATUL URO - GENITAL

Nefrectomie	70
Fixarea rinichiului	70

Intervenție chirurgicală de îndepărtare a tumorilor , calculilor renali, ureterali sau vezicali:

- Prin intervenție chirurgicală	60
- Prin cauterizare sau prin endoscopie	20
Intervenție chirurgicală pentru strictura uretrei sau deschiderea uretrei	30
Intervenție chirurgicală intra - uretrală	15

Prostată:

Prostatectomie totală	70
Prostatectomie parțială endoscopică	25
alt tip de operație la nivelul prostatei	50
Orhitectomie sau epididimectomie	25
Hidrocel sau varicoel	10
Intervenție chirurgicală pentru extirparea tumorilor fibroide fără abordare abdominală	20
Cezariană	20
tiroida	
Tiroidectomie, incluzând toate stadiile de procedură chirurgicală	70

HERNIE	
Tratament injectabil - ciclul complet:	
- Hernie unilaterală inghinală	20
- Hernie bilaterală inghinală	50
Intervenție chirurgicală radicală, inclusiv metoda de tratament prin injectare:	
- Hernie unilaterală	20
- Hernie bilaterală	50
ARTICULAȚII ȘI LUXAȚII	
Incizie articulară pentru tratamentul unei boli sau tulburări funcționale, cu excepțiile menționate în continuare și cu excepția extragerii lichidului	15
Alte cazuri decât cele menționate mai sus, incizie la umăr, cot, șold sau articulația genunchiului, cu excepția extragerii lichidului	40
Excizia, fixarea prin operație, dezarticularea sau artroplastia la:	
- umăr, șold sau coloană vertebrală	75
- genunchi, cot, încheietura mâinii sau gleznă	30
Luxație la:	
- degetele de la mână sau picior, fiecare dintre acestea	5
- umăr sau cot, încheietura mâinii sau gleznă	15
- mandibulă	5
- șold sau genunchi, cu excepția rotulei	20
- rotulă	5
<i>Pentru o luxație ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, procentajul se dublează, cu condiția ca indemnizația maximă să nu depășească 100</i>	
NAS	
Intervenție chirurgicală intranasală de sinus maxilar	15
Intervenție chirurgicală extranasală de sinus	35
Vegetații adenoide,	5
Rezecție submucoasă	25
Turbinectomie	10
PARACENTEZA	
Extragere de lichid din:	
- Abdomen	10
- Torace sau vezică, exceptând cateterizarea	5
- Timpan, hidrocel, articulații sau coloana vertebrală	5
RECT	
Rezecție radicală de tumori maligne, toate stadiile, inclusiv colostomie	100
Hemoroizi externi, excizie completă	10
Hemoroizi interni, sau interni și externi, prolaps rectal	20
Fistulă anală	15
Fisură anală	5
Alte operații cu incizie în zona rectală	20
CRANIU	
Incizia calotei craniene, exceptând trepanarea și extragerea de lichid	100
Îndepărtare de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30

GÂT

Amigdalectomie sau amigdalectomie și adenoidectomie:	
- adulți și copii de 15 ani sau mai mult	10
- copii sub 15 ani	15
Laringoscopie în scop de diagnostic și terapeutic/curativ	5
TUMORI	
Intervenție chirurgicală de extirparea de:	
- tumori maligne, exceptându-le pe cele ale: mucoaselor, pielii și țesutului subcutanat	50
- tumori maligne ale mucoaselor, pielii și țesutului subcutanat	25
- sinus sau chist pilonidal, prin incizie	25
- tumori benigne ale testiculilor sau sânilor	20
- ganglioni (fiecare)	5
- tumori benigne, una sau mai multe, cu excepția celor menționate mai sus	10
VENE	
Intervenție chirurgicală completă pentru boala varicoasă - procedura completă sau tratament prin injecție:	
- la un picior	20
- la ambele picioare	30

Articolul 15. Forța majoră

- 15.1.** 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 forța 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.
- 15.2.** 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.
- 15.3.** În cazul în care forța majoră, notificată în condițiile menționate în precedent, durează mai mult de 30 (treizeci) de zile calendaristice, oricare dintre părți va putea notifica celeilalte părți încetarea de drept a prezentului contract, fără ca acestea să-și datoreze daune interese.

Informare cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

Metropolitan Life face constant demersurile necesare pentru protejarea confidențialității și securității [datelor dumneavoastră personale](#). Acest document descrie modul în care folosim datele personale pe care le obținem direct de la dumneavoastră sau de la terți.

Cine suntem noi?

Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, cu sediul în B-dul Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București, cod poștal RO-010665, denumit în continuare **“Metropolitan Life”** și care va fi operatorul datelor dumneavoastră personale.

Cum să obțineți mai multe informații?

Pentru mai multe informații privind prelucrarea datelor dumneavoastră personale vă rugăm să parcurgeți [Politica de prelucrare a datelor personale](#) pe care o puteți accesa <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/> sau puteți contacta responsabilul nostru cu protecția datelor, la următoarele date de contact:

- B-dul Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București, cod poștal RO-010665
- e-mail: dpo@metropolitanlife.ro
- telefon: +4.021.208.4100

Care sunt drepturile dumneavoastră?

Mai jos regăsiți un rezumat al drepturilor dumneavoastră în ceea ce privește datele personale. Mai multe detalii despre drepturile dumneavoastră regăsiți în secțiunea aferentă din [Politica de prelucrare a datelor personale](#) menționată mai sus:

- 1. Dreptul de a fi informat.** Aveți dreptul de a primi informații clare, transparente și ușor de înțeles despre modul în care folosim datele dumneavoastră personale și despre drepturile pe care le aveți. Astfel că, vă punem la dispoziție toate informațiile necesare cu privire la datele dumneavoastră personale în această [Politică de prelucrare a datelor personale](#).
- 2. Dreptul de acces.** Aveți dreptul să obțineți acces la datele dumneavoastră personale (în cazul în care le prelucrăm) și la alte date personale (similare cu cele menționate în această informare). În felul acesta, sunteți informat și puteți verifica dacă folosim datele dumneavoastră personale în conformitate cu legislația privind protecția datelor cu caracter personal.
- 3. Dreptul la rectificare.** Aveți dreptul să vă fie corectate datele personale, dacă acestea sunt inexacte sau incomplete.
- 4. Dreptul la ștergerea datelor.** Acest drept este cunoscut și sub numele de “dreptul de a fi uitat” și vă permite să solicitați ștergerea sau eliminarea datelor dumneavoastră personale în cazul în care nu mai există un motiv pentru care noi să le prelucrăm în continuare. Dreptul la ștergerea datelor nu este un drept absolut. Noi putem avea dreptul sau obligația să păstrăm informațiile, cum ar fi cazul în care trebuie să îndeplinim o obligație legală sau avem un alt temei legal de a le păstra.
- 5. Dreptul la restricționarea Prelucrării.** În anumite situații aveți dreptul să “blocați” sau să opriți utilizarea în continuare a datelor dumneavoastră. Când prelucrarea este restricționată, putem să stocăm în continuare informațiile dumneavoastră, dar nu le mai folosim. Menținem liste cu persoanele care au solicitat blocarea utilizării în continuare a datelor lor personale, pentru a ne asigura că restricția este respectată în viitor.
- 6. Dreptul la portabilitatea datelor.**
- 7. Dreptul la opoziție.** Aveți dreptul să vă opuneți anumitor tipuri de prelucrare, inclusiv Prelucrării în scop de marketing direct (pe care o facem doar cu acordul dumneavoastră).
- 8. Drepturi privind deciziile bazate exclusiv pe prelucrarea automată și crearea de profiluri.** Cu ajutorul tehnologiei profilul dumneavoastră este încadrat într-un segment de clienți. Scopul este acela de a vă putea face recomandări cu privire la noi produse și servicii de interes pentru dumneavoastră și de a vă putea trimite comunicări de marketing personalizate.

Cum vă contactăm?

Vă putem contacta prin unul sau mai multe dintre următoarele mijloace de comunicare: prin apel telefonic, pe cale poștală, prin poștă electronică (e-mail), prin mesaj telefonic (SMS), prin mesagerie electronică sau prin alte metode de comunicare electronică.

Înregistrăm apeluri telefonice și alte metode de comunicare electronică pentru a monitoriza serviciile prestate de noi și pentru scopuri de audit. Păstrăm în siguranță înregistrările apelurilor telefonice și a celorlalte comunicații electronice, în concordanță cu termenele de păstrare prevăzute în politicile noastre de păstrare a documentelor și cu legislația aplicabilă. Accesul la aceste înregistrări este restricționat doar pentru acele persoane care trebuie să le acceseze pentru îndeplinirea scopurilor menționate în [Politica de prelucrare a datelor personale](#).

Ce informații deținem despre dumneavoastră?

Categoriile de date pe care le putem deține pot include: numele și prenumele, inclusiv pseudonimul; detaliile de contact, inclusiv adresa de e-mail și numărul de telefon; numărul poliței de asigurare și a certificatului de asigurare; datele financiare, inclusiv contul bancar și împrumuturile luate de dumneavoastră de la instituțiile financiare, în cazul asigurărilor asociate creditelor; codul numeric personal, detaliile actului de identitate; vârsta, locul și data nașterii; sexul; starea civilă, cetățenia, naționalitatea, ocupația, meseria, hobby-urile, activitățile recreative sau sporturile practicate; detaliile privind rezidența fiscală, inclusiv numerele de identificare fiscală; informații privind săvârșirea unor infracțiuni; gradul de rudenie; [categoriile speciale de date](#) (pentru mai multe detalii consultați secțiunea cu același nume din [Politica de prelucrare a datelor personale](#) pe care o regăsiți accesând <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/>).

Cum aflăm datele dumneavoastră personale?

Datele personale pe care le avem ne sunt comunicate de dumneavoastră la primul contact pe care îl aveți cu noi direct sau prin intermediul băncii, și pe perioada în care sunteți clientul nostru. Ne furnizați datele dumneavoastră în diverse ocazii și prin diferite mijloace cum ar fi telefon, e-mail, poștă, SMS.

Adițional, putem afla datele dumneavoastră menționate în secțiunea [Ce informații deținem despre dumneavoastră?](#) de la: angajatorul dumneavoastră, în cazul în care oferim acestuia un produs de asigurare de grup pentru angajați; parteneri marketing direct care ne transmit datele în scop de marketing direct, în cazul în care dumneavoastră v-ați dat acordul explicit pentru acest scop; bănci/instituții financiare nebankare și [brokeri de asigurare](#) care distribuie produsele și serviciile noastre de asigurare; rudele dumneavoastră, atunci când acestea solicită o asigurare care oferă acoperire și pentru dumneavoastră.

Este posibil să fie nevoie să verificăm din alte surse dacă datele dumneavoastră personale sunt corecte sau complete, cum ar fi de la: angajatorul dumneavoastră sau organizația/ asociația din care faceți parte, medici și furnizori de servicii medicale, alte societăți de asigurări, instituții financiare bancare și nebankare. Unele din aceste surse ne pot furniza [categoriile speciale de date](#) despre dumneavoastră.

Cum utilizăm categoriile speciale de date?

Putem primi sau colecta categoriile speciale de date despre dumneavoastră, cum ar fi [datele privind sănătatea](#).

Prelucrăm datele privind sănătatea în temeiul dispozițiilor legale exprese, în scopul evaluării riscului asigurat, al emiterii și administrării contractului de asigurare și al instrumentării dosarelor de despăgubire. În cazurile în care trebuie să avem consimțământul dumneavoastră pentru prelucrarea unor [categoriile speciale de date](#), o să vi-l solicităm la momentul corespunzător. Aveți dreptul să vă retrageți consimțământul în orice moment. Retragera consimțământului nu afectează legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia.

De ce avem nevoie de datele dumneavoastră personale?

Utilizăm datele dumneavoastră personale pentru:

- încheierea contractului de asigurare și pentru activități legate de administrarea acestuia, inclusiv verificarea plății primelor de asigurare, cererilor de despăgubire, de reînnoire a asigurării, de repunere în vigoare;
- verificarea identității dumneavoastră și pentru a ne conforma cu obligațiile legale;
- furnizarea informațiilor, produselor și serviciilor pe care intenționați să le achiziționați;
- administrarea relației contractuale și comunicarea cu dumneavoastră pe toată perioada contractuală;
- verificarea solicitărilor pe care ni le transmiteți;
- analiza nevoilor dumneavoastră financiare;
- analizarea, evaluarea și îmbunătățirea serviciilor pe care le oferim clienților;
- soluționarea petițiilor și reclamațiilor;
- furnizarea probelor necesare în orice eventuală dispută sau litigiu dintre noi și dumneavoastră;
- a vă transmite informații de marketing, în cazul în care v-ați dat consimțământul de a primi informații despre produsele și serviciile Metropolitan Life (vă rugăm să consultați și secțiunea Marketing Direct);
- a vă notifica despre orice modificări ale produselor sau serviciilor de asigurare pe care le oferim;
- monitorizarea calității produselor și serviciilor noastre;
- agregarea lor în mod anonim cu alte date pentru scopuri analitice și de raportare;
- îndeplinirea obligațiilor legale de raportare;
- combinarea cu date personale primite din alte surse pentru îndeplinirea scopurilor menționate mai sus.

De asemenea, folosim tehnologia pentru a lua decizii în mod automat sau pentru a avea mai multe informații despre profilul dumneavoastră. (Consultați secțiunea *Procesul decizional individual automatizat și crearea de profile* din Politica de prelucrare a datelor personale pe care o regăsiți accesând <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/>).

Temeiul legal pentru prelucrarea de către noi a datelor personale, care nu sunt o categorie specială de date

Temeiul legal pentru prelucrarea de către Metropolitan Life a datelor personale, care nu sunt *categoriile speciale de date*, depinde de motivul pentru care prelucrăm informațiile dumneavoastră.

În cazul în care doriți să încheiați sau ați semnat deja un contract cu noi pentru furnizarea unor produse și servicii de asigurare, vă vom prelucra datele personale în scopul încheierii și executării contractului de asigurare.

De asemenea, este posibil să procesăm datele dumneavoastră personale pentru a ne conforma obligațiilor legale pe care le avem, inclusiv în ceea ce privește efectuarea de activități de prevenire și combatere a spălării banilor și a finanțării actelor de terorism, verificarea în listele de sancțiuni internaționale, soluționarea reclamațiilor și petițiilor, a investigațiilor unei autorități publice sau a litigiilor, precum și în ceea ce privește raportarea informațiilor fiscale în baza Acordului multilateral din data 29 octombrie 2014 și a Acordului FATCA.

De asemenea, avem un interes legitim să prelucrăm datele dumneavoastră personale:

- pentru analiza cererilor de despăgubire, inclusiv pentru a ne ajuta să stabilim tarifele produselor noastre;
- în scopul încheierii și administrării contractului dumneavoastră de asigurare și a soluționării cererilor de despăgubire formulate în baza acestuia, scop care poate include un schimb de date cu alte companii din cadrul grupului MetLife inc., intermediari în asigurări și alte persoane (vedeți și secțiunea *Cum dezvăluim datele dumneavoastră personale?*);
- în scopul comunicării cu dumneavoastră;
- pentru analize de marketing, pentru optimizarea campaniilor de marketing, dar numai într-o formă anonimă, care ne permite să dezvoltăm și să facem mai relevantă comunicarea produselor și serviciilor noastre;
- pentru gestionarea continuă a relației noastre cu dumneavoastră și menținerea contactului cu dumneavoastră (de exemplu, furnizarea de informații anuale cu privire la contractul de asigurare);

- pentru realizarea obiectivelor noastre de afaceri, care pot include planurile de continuitate a activității și de recuperare în caz de dezastru, păstrarea/ stocarea documentelor, continuitatea serviciilor IT (de exemplu, realizarea copiilor de siguranță și asistență prin centre de asistență), în scopul de a asigura calitatea produselor și serviciilor de asigurare pe care vi le oferim;
- în cazul unor tranzacții corporative (pentru mai multe detalii consultați secțiunea *Cum tratăm datele personale în cazul unei vânzări a afacerii?* cu același nume din Politica de prelucrare a datelor personale pe care o regăsiți accesând <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/>);
- pentru analize de portofoliu și studii de experiență, dar numai într-o formă anonimă, care ne permite să îmbunătățim produsele și serviciile de asigurare pe care le oferim clienților.

În cazul în care ne-ați dat permisiunea, vom folosi date personale relevante pentru a vă furniza informații despre oferte speciale, produse și servicii care ar putea fi de interes pentru dumneavoastră. Vă vom solicita întotdeauna consimțământul pentru a vă procesa datele personale în toate cazurile în care suntem legal obligați să facem acest lucru.

Cum dezvăluim datele dumneavoastră personale?

Putem folosi și dezvălui datele dumneavoastră personale către alte companii din grupul MetLife inc.

Este posibil să dezvăluim datele dumneavoastră personale terțe părți care ne ajută să vă oferim produsele și serviciile noastre de asigurare: brokerilor de asigurări, care negociază în numele dumneavoastră încheierea asigurărilor cu noi; băncilor și instituțiilor financiare nebancale, care distribuie produsele și serviciile noastre de asigurare; medicilor și instituțiilor medicale, care vă prestează servicii medicale în baza asigurării.

Atunci când dezvăluim datele dumneavoastră personale către terțe părți care prestează servicii pentru noi, le solicităm să ia măsurile adecvate pentru a vă proteja datele personale și să utilizeze datele personale numai în scopul prestării serviciilor respective.

Alte motive pentru care dezvăluim ceea ce știm despre dumneavoastră, pot include:

- punerea în aplicare a contractului de asigurare încheiat cu dumneavoastră;
- protejarea drepturilor, a proprietății sau siguranței Metropolitan Life, a clienților noștri sau a altor persoane;
- punerea în aplicare a oricărei solicitări sau dispoziții primite de la un organ judiciar, o autoritate publică sau de reglementare ori acționarea conform cerințelor legii.

Unde transferăm datele dumneavoastră personale?

Este posibil să transferăm datele dumneavoastră personale în alte țări. Țările din Spațiul Economic European sunt considerate a oferi același nivel de protecție a datelor cu caracter personal ca cel oferit în România. În cazul în care transferăm sau dezvăluim date personale către persoane sau companii din afara Spațiului Economic European, ne vom asigura că noi și acele persoane sau companii cărora le transferăm datele convenim să le protejăm împotriva utilizării necorespunzătoare sau divulgării, în conformitate cu legislația privind protecția datelor personale, prin *clauze contractuale standard* sau alte mecanisme adecvate. Companiile din afara Spațiului Economic European cărora este posibil să le transmitem datele dumneavoastră personale includ companiile din grupul MetLife inc., furnizorii de servicii IT și alți furnizori.

Cât timp vom păstra datele dumneavoastră personale?

În mod obișnuit, trebuie să vă păstrăm informațiile pe întreaga durată a relației noastre cu dumneavoastră și după încetarea relației noastre, pe durata termenelor prevăzute în legislația privind combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism și a legislației privind arhivarea, calculate de la data încetării relației noastre sau de la data plății de către Metropolitan Life a despăgubirilor, indemnizațiilor, sumelor asigurate sau a oricăror drepturi solicitate de dumneavoastră, în baza contractului de asigurare.

Distrugem în condiții de siguranță și de securitate datele pe care nu mai trebuie să le păstrăm, în conformitate cu termenele stabilite în politicile noastre.

Ghid pentru despăgubire

Alături de tine în situațiile în care ai nevoie

Acordarea despăgubirii:

Așa cum ți-am promis, suntem alături de tine în situațiile în care tu sau familia ta aveți nevoie de un sprijin financiar. Ai mai jos informații utile despre cum poți solicita o despăgubire și ce documente sunt necesare, în funcție de evenimentele asigurate.

Cum soliciți o despăgubire în doar 3 pași?

Pasul 1:

Înainte de a solicita o indemnizație de asigurare, te rugăm să te asiguri că:

- evenimentul asigurat este acoperit de asigurare. Situațiile în care asigurarea nu poate fi folosită și pentru care Asiguratorul nu plătește indemnizația de asigurare, sunt detaliate în capitolul Excluderi în Termenii și Condițiile contractului de asigurare.
- ești cu plățile primelor de asigurare la zi și contractul de asigurare era în vigoare la data evenimentului asigurat.

În funcție de varianta de asigurare pentru care ai optat, Platinum, Premium sau Standard, Individuală sau Extinsă (pentru familie), asigurarea ta Confort Extra îți oferă următoarele beneficii:

Riscuri asigurate	Pachetul Platinum Suma Asigurată		Pachetul Premium Suma Asigurată		Pachetul Standard Suma Asigurată	
	Individual	Extinsă (Familie)	Individual	Extinsă (Familie)	Individual	Extinsă (Familie)
	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii	Asiguratul Principal	Asigurat Principal + Soț/Soție și copii
Indemnizația de Asigurare ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri*	%12.500 lei (**)	%12.500 lei (**)	%10.000 lei (**)	%10.000 lei (**)	%7.500 lei (**)	%7.500 lei (**)
Cheltuieli Medicale ca urmare a unei Intervenții Chirurgicale indemnizate	900 lei (**)	900 lei (**)	600 lei (**)	600 lei (**)	300 lei (**)	300 lei (**)
Servicii de Telemedicină	Da	Da	Da	Da	Da	Da

Pasul 2:

Completează solicitarea de despăgubire și anexează documentele necesare (menționate mai jos):

- Cel mai simplu e online, utilizând [aplicația e-Claims](#), disponibilă pe www.metropolitanlife.ro, secțiunea Despăgubiri;
- Poți completa un formular în scris (Cerere de despăgubire) și îl poți trimite prin e-mail, însoțit de documentele necesare.

Formularul este disponibil pe website-ul nostru www.metropolitanlife.ro, secțiunea "Despăgubiri", rubrica „Asigurare încheiată telefonic”.

Pasul 3:

Trimite solicitarea de despăgubire prin:


- [aplicația online e-Claims](#) dacă ai ales această metodă pentru completarea solicitării sau
- [prin e-mail](mailto:despagubiri@metropolitanlife.ro) la despagubiri@metropolitanlife.ro sau [adresa poștală](#): Europe House, B-dul Lascăr Catargiu, nr. 47 - 53, et.4, cod 010665, sector 1, București, România, dacă ai optat pentru completarea Cererii de despăgubire în scris.

Pasul 2 (cuprinde pas 2&3)

Trimite solicitarea de despăgubire prin:

- **Aplicația online e-Claims** - accesează portalul e-claims, disponibil pe www.metropolitanlife.ro, secțiunea Despăgubiri, unde poți să completezi, să anexezi și să ne transmiți solicitarea ta, cu cea mai mare ușurință;
- **Prin e-mail** sau **poștă**: formularul de despăgubire completat se transmite prin e-mail la despagubiri@metropolitanlife.ro sau prin poștă la **adresa poștală**: Europe House, B-dul Lascăr Catargiu, nr. 47 - 53, et.4, cod 010665, sector 1, București, România, dacă ai optat pentru completarea Cererii de despăgubire în scris.

Ne poți trimite aceste documente prin modalitățile de contact menționate la **Pasul 3**, însă vrem să știi că cea mai simplă și rapidă metodă este aplicația online e-Claims disponibilă pe www.metropolitanlife.ro, secțiunea *Despăgubiri*.

 Pentru informații suplimentare, îți stăm la dispoziție la numărul de telefon: (+4) 021 208 4100 (L-V, 9:00 – 18:00).

Important!

Copiezi documentele medicale simplu, scanându-le cu telefonul. Să ai grijă ca originalele să fie parafate și semnate de medicul curant și să includă antetul instituției medicale emitente. Documentele medicale nu trebuie să conțină ștersături, tăieturi, iar orice modificare adusă pe document trebuie să fie semnată și parafată de către medic.

Ce documente sunt necesare?

Pentru orice solicitare de plată a Indemnizației de Asigurare te rugăm să ne transmiți următoarele documente:

- Cererea de despăgubire în formatul cerut de Societatea de Asigurări completată personal de Persoana Asigurată /Beneficiar sau reprezentantul legal al acestuia, formular disponibil online prin aplicația e-Claims disponibilă pe <https://despagubiri.metropolitanlife.ro/> sau www.metropolitanlife.ro;
- Copia actului de identitate (CI) al persoanei Asigurate /Beneficiarului precum și al reprezentantului legal, după caz; În cazul asiguratului/beneficiarului minor – Certificatul de naștere;
- Extrasul contului bancar al persoanei Asigurate/Beneficiarului (persoana îndreptățită să primească indemnizația 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:
 - ▶ Pentru Asigurații Subsidiari:
 - Copia Certificatului de naștere pentru minorii asigurați care nu dețin act de identitate
 - Copia Certificatului de căsătorie pentru asigurații dependenți soț/soție
 - ▶ Orice document emis de bancă din care să rezulte datele contului bancar (nume titular și număr cont) al persoanei îndreptățite să primească suma convenită din despăgubire
 - ▶ Copia Biletului/Biletelor de ieșire din spital
 - ▶ Copia Scrisorii medicale dacă există
 - ▶ După caz, în funcție de cauza evenimentului:
 - copia Fișei medicale/ Raport medical care să cuprindă istoricul medical, eliberată de medicul de familie (dacă intervenția chirurgicală este urmare a unei îmbolnăviri a persoanei asigurate);
 - copia raportului poliției cu circumstanțele producerii evenimentului și rezultatul testului toxicologic (dacă intervenția chirurgicală este urmare a unui accident /eveniment în care Poliția a efectuat cercetări).
 - ▶ alte documente relevante solicitate de Societatea de Asigurări.

În situația în care mai avem nevoie de alte informații pentru finalizarea evaluării evenimentului asigurat, îți vom solicita documente suplimentare.

Cât durează soluționarea dosarului de despăgubire?

Nevoia ta este pentru noi o prioritate, de aceea solicitarea ta pentru despăgubire va fi soluționată în maxim 20 zile lucrătoare, iar scrisoarea cu decizia finală va fi transmisă prin e-mail sau la adresa poștală comunicată.

Cum se efectuează plata?

Dacă ești asiguratul principal îți plătim direct în contul deschis pe numele tău. Pentru asigurații din familia ta vom plăti direct în contul bancar deschis pe numele acestora. Datele bancare le luăm din extrasul de cont trimis odată cu solicitarea de despăgubire. Pentru copilul asigurat plătim direct în contul lui sau în contul asiguratului principal.

Despre Metropolitan Life, parte din MetLife, Inc.

MetLife, Inc. (NYSE: MET), prin filialele și afiliații („MetLife”), este una dintre cele mai importante companii de servicii financiare din lume, oferind asigurări, anuități, beneficii pentru angajați și gestionarea activelor pentru a ajuta clienții individuali și instituționali în construirea unui viitor încrezător. Fondată în 1868, MetLife are operațiuni în peste 40 de piețe la nivel global și deține poziții de lider în Statele Unite, Japonia, America Latină, Asia, Europa și Orientul Mijlociu. Pentru mai multe informații, vizitează www.metlife.com.

În România, Metropolitan Life are peste **24 ani de activitate** pe piața de asigurări de viață. Peste **3 milioane de clienți** beneficiază de asigurări de viață și pensii private obligatorii oferite de Metropolitan Life la nivel local.

www.metropolitanlife.ro

MetLife Europe Designated Activity Company este o societate irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social pe Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin cu numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062. Directori și cetățenie: Sarah Alicia Celso (Americană), Miriam Sweeney (Irlandeză), Brenda Dunne (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Nuria Garcia (Spaniolă) Ruairí O’Flynn (Irlandeză), Mario Francisco Valdes-Valasco (Mexicană) și Michael Hatzidimitriou (Greacă), Maureen Mc Queen (Americană).

Sucursala din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J40/135/07.01.2016 și CUI 35383464