

Cuprins

Document de informare privind produsul de asigurare	2
Termenii și condițiile programului de asigurare	4
Articolul 1. Definiții	4
Articolul 2. Obiectul contractului	9
Articolul 3. Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	9
Articolul 4. Teritoriul acoperirii individuale	10
Articolul 5. Acuratețea declarațiilor	10
Articolul 6. Plata primei de asigurare	10
Articolul 7. Acordarea indemnizațiilor de asigurare	11
Articolul 8. Modificarea acoperirii individuale	14
Articolul 9. Excluderi	14
Articolul 10. Încetarea asigurării contractate de Asiguratul Principal	16
Articolul 11. Condiții contractuale servicii de Telemedicină - consiliere medicală online	17
Articolul 12. Legea aplicabilă și jurisdicția	19
Articolul 13. Taxe, impozite și onorarii	19
Articolul 14. Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri	20
Termenii și condițiile privind Serviciul ” Debitare Directă ConfortaBill” pentru plata primelor de asigurare prin Raiffeisen Bank	24
Politica de prelucrare a datelor personale	28
Ghid pentru despăgubire	32
Informații privind Agentul de Asigurare	34

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: **Medic Plus**

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 la Servicii de Telemedicină, însemnând consiliere medicală online, telefonică și/sau video. Asigurarea este destinată Titularilor de Conturi Curente în lei deschise la Raiffeisen Bank și familiilor acestora (soț/soție și copii). Pot fi înscrise/include 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 17 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 Premium Suma Asigurată		Pachetul Standard Suma Asigurată	
	Individual	Extinsă (Familie)	Individual	Extinsă (Familie)
	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*	%10.000 lei (**)	%10.000 lei (**)	%7.500 lei (**)	%7.500 lei (**)
Cheltuieli Medicale ca urmare a unei Intervenții Chirurgicale indemnizate	600 lei (**)	600 lei (**)	300 lei (**)	300 lei (**)
Servicii de Telemedicină	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.

(**) Valoarea sumelor asigurate la data intrării în asigurare. Sumele asigurate, atât pentru Intervenții chirurgicale, cât și pentru Cheltuieli 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
- ! serviciul activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;
- ! participarea Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni.
- ! orice condiție medicală preexistentă intrării în vigoare a asigurării

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 la Data Scadentă, prin Serviciul de plată ConfortaBill oferit de către Raiffeisen Bank.



Când începe și când încetează acoperirea?

Acoperirea va începe la data intrării în vigoare a contractului, dată ce coincide cu data confirmării primirii documentelor de asigurare de către Persoana Asigurată prin semnarea confirmării de primire extinse la curier. Clienții beneficiază de o perioadă de gratuitate de minimum o lună și maximum două luni, calculată o singură dată de la data intrării în vigoare a contractului.

Acoperirea încetează în următoarele cazuri:

1. la data împlinirii a 3 (trei) ani de la data încetării Convenției în temeiul căreia s-a emis Polița de asigurare, din orice cauză, indiferent de motivul încetării;
2. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare în cazul în care se încheie contul curent, desemnat pentru plata primelor sau se renunță la Serviciul Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare;
3. la data la care vârsta Asiguratului Principal / Asiguratul Subsidiar soț/soție depășește vârsta maximă admisă (65 de ani), respectiv 18 (optsprezece) sau 22 (douazecișidoi) de ani în cazul Asiguratului Subsidiar copil, în cazul în care studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată
4. la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Principal (încetează contractul de asigurare) / Subsidiar (încetează acoperirea individuală a asiguratului subsidiar), indiferent de varianta Asigurării contractate;
5. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată Prima de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate după expirarea perioadei de gratuitate;
6. la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de încetare a Asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate, calculată o singură dată de la data primirii confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și Serviciul de Debitare Directă ConfortaBill, semnată de Asiguratul Principal și până la prima Data Scadentă, indiferent de varianta Asigurării contractate.
7. la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare.
8. 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 poate oricând denunța unilateral asigurarea, printr-un apel telefonic la numărul de telefon 031.413.79.09. Ca urmare a unei astfel de solicitări, asigurarea încetează la data cererii telefonice.

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

În România Metropolitan Life are peste 22 ani de activitate pe piața de asigurări de viață. 2,5 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 "Medic Plus" constituie parte integrantă a Politei de Asigurare încheiată între **MetLife Europe Designated Activity Company**, o societate irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062, prin sucursala sa din România, **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București** și Clientul Asigurat.

Articolul 1. Definiții

- 1.1. CONVENȚIA DE ASIGURARE DE GRUP/CONVENȚIA** – reprezintă contractul încheiat între Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București (Societatea de Asigurări) și Raiffeisen Bank S.A. (Banca), care cuprinde detalii cu privire la Termenii și Condițiile programului de asigurare oferit Grupului Eligibil.
- 1.2. GRUP ELIGIBIL** înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români sau cetățeni străini cu rezidență în România, ce pot beneficia de protecția prin asigurare. Grupul eligibil este constituit din **titularii de conturi curente în Lei deschise la Raiffeisen Bank**, care și-au exprimat acordul telefonic de a participa la Programul de Asigurare oferit de Convenția de Asigurare de Grup 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 au contractat Serviciul Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare oferit gratuit de către Raiffeisen Bank Asiguratului Principal, special pentru plata primelor de asigurare și care au vârsta maximă de 64 (șaizecișipatru) de ani la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale (pentru opțiunea Asigurare Individuală), cât și membrii familiei acestora, astfel cum sunt definiți în prezentele condiții contractuale (pentru opțiunea Asigurare Extinsă, pentru familie).

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

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

1.3. ACOPERIREA INDIVIDUALĂ înseamnă protecția (sau acoperirea) oferită Asiguraților Principali (membri ai Grupului Eligibil) prin asigurarea contractată, conform prevederilor prezentelor Condiții Contractuale.

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

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

- a. este titularul unui cont curent în Lei, deschis la Raiffeisen Bank;
- b. a fost eligibil pentru înscrierea în Programul de asigurare Medic Plus 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;
- c. a acceptat oferta de asigurare și a confirmat primirea setului de documente ce conține: Polița de Asigurare și condițiile de asigurare, care fac parte integrantă din aceasta, Documentul de informare privind produsul de asigurare (PID), Declarația Agentului de Asigurare, Politica de prelucrare a datelor personale, kit-ul de despăgubire și Termenii și Condițiile serviciului Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primei de asigurare Medic Plus, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile stabilite de Părți în cadrul apelului de vanzare, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (Familială);
- d. are minimum 18 (optsprezece) ani/maximum 64 (șaizecișpatru) de ani la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;
- e. a confirmat telefonic acceptarea Serviciului de debitare automată a primelor de asigurare și a autorizat Raiffeisen Bank, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu completările și modificările ulterioare și în condițiile procedurale convenite la data convorbirii telefonice și încheierii contractului pentru Serviciul Debitare Directă ConfortaBill, să debiteze lunar, la Data Scadentă sau dacă este cazul, 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 9 zile de la Data Scadentei, primele de asigurare din contul curent menționat în Polița de asigurare și să le transfere către Societatea de Asigurări, conform prezentelor condiții contractuale.

1.6. ASIGURAT SUBSIDIAR înseamnă membri ai Familiei Asiguratului Principal soțul/soția Asiguratului Principal, precum și copiii acestora, după cum urmează:

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

1.7. ACOPERIREA EXTINSĂ (pentru familie) înseamnă protecția acordată, în baza contractului de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal conform prezentelor condiții contractuale, atât Asiguratului Principal (Acoperire Individuală), cât și soțului/soției acestuia și copiilor lor (Asigurați Subsidiari), spre deosebire de Asigurarea Individuală, în baza căreia protecția se acordă doar Asiguratului Principal.

Acoperirea se poate extinde asupra membrilor familiei Asiguratului Principal la momentul vânzării sau ulterior printr-o solicitare expresă a asiguratului principal dacă :

- a. Asiguratul Principal a optat pentru varianta de Asigurare Extinsă (pentru familie), așa cum este definită mai jos;
- b. Prima de asigurare corespunzătoare perioadei asigurate a fost achitată de către Asiguratul Principal;
- c. Acoperirea individuală a Asiguratului Principal este în vigoare.

1.8. BENEFICIAR înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului Asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare. În cazul prezentelor condiții contractuale Beneficiarul este însăși Persoana Asigurată. În cazul beneficiarului minor, plata va fi efectuată în contul reprezentantului legal, în condițiile Societății de Asigurări,

fiind necesară semnătura ambilor părinți ai minorului pentru plata Indemnizației de Asigurare. În cazul decesului Persoanei Asigurate, indemnizația de asigurare aferentă riscurilor acoperite prin prezentele condiții de asigurare va fi plătită moștenitorilor legali ai Persoanei Asigurate.

1.9. RISC/EVENIMENT ASIGURAT. În baza prezentelor condiții contractuale sunt asigurate următoarele riscuri: intervențiile chirurgicale din îmbolnăvire sau din accident.

1.10. POLIȚA DE ASIGURARE reprezintă Contractul de Asigurare a Persoanei Asigurate în calitate de Asigurat Principal și, după caz, de Asigurat Subsidiar, respectiv documentul semnat de Societatea de Asigurări conform prevederilor Codului Civil, care este 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. Semnarea confirmării de primire a documentelor de asigurare, certifică înscrierea în asigurare și calitatea de Persoană Asigurată, iar data încheierii contractului de asigurare este reprezentată de data la care s-au primit documentele de asigurare. Termenii și condițiile de asigurare sunt atașate și fac parte integrantă din Polița de Asigurare. Asiguratul Principal acceptă ca dovadă a încheierii contractului de asigurare oferit conform prezentelor condiții contractuale înregistrarea convorbirii telefonice prin care acesta și-a exprimat acordul de a se înscrie în asigurare și a încheiat contractul privind Serviciul Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primelor de asigurare și confirmarea de primire a Poliței de Asigurare, a Termenilor și Condițiilor asigurării, care fac parte integrantă din aceasta, împreună cu Documentul de informare privind produsul de asigurare (PID), Declarația Agentului de Asigurare, Politica de prelucrare a datelor personale, kit-ul de despăgubire, care fac parte integrantă din aceasta și Termenii și condițiile Serviciului Debitare Directă ConfortaBill. Documentele menționate mai sus includ informațiile obligatorii pe care asiguratorii trebuie să le furnizeze clienților, conform normelor emise de autoritățile de supraveghere în domeniul asigurărilor.

1.11. PLĂTITORUL PRIMELOR DE ASIGURARE este Asiguratul Principal care trebuie să asigure în contul curent în Lei deschis la Raiffeisen Bank (și menționat în Polița de Asigurare) disponibilul necesar plății primelor de asigurare prin Serviciul Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare Medic Plus, astfel încât Raiffeisen Bank să poată transfera automat la Data Scadentă sau, dacă este cazul, la perioade succesive de 3 (trei) zile calendaristice, de maximum 3 ori pe durata unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data Scadenței, din contul Asiguratului Principal, primele de asigurare datorate Societății de Asigurări. Asiguratul Principal a încheiat la distanță, în conformitate cu prevederile OG 85/2004 contractul privind serviciul Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primelor de asigurare, contract în baza căruia Banca urmează să execute din contul său curent, în fiecare lună, operațiunile de plată inițiate de Societatea de Asigurări, pentru plata primelor de asigurare datorate de Asiguratul Principal Societății de Asigurări, la Data Scadentă sau dacă este cazul, ulterior acesteia la perioade succesive de 3 (trei) zile calendaristice, de maximum 3 ori pe durata unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data Scadenței. Data Scadentă este prevăzută în Polița de Asigurare ("Data Scadentă a primei de asigurare").

Asiguratul Principal va primi, într-un termen de aproximativ 2 (două) săptămâni de la momentul apelului telefonic în care și-a exprimat acordul pentru înscrierea în Programul de Asigurare, un plic în care va regăsi toată documentația contractuală legată de produsul de asigurare ce i-a fost prezentat telefonic și modalitatea de plată pentru acesta, respectiv: Polița de Asigurare împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din aceasta și care confirmă acordul de a participa la Programul de asigurare, Documentul de informare privind produsul de asigurare (PID), Declarația Agentului de Asigurare, Politica de prelucrare a datelor personale, kit-ul de despăgubire precum și termenii și condițiile serviciului Debitare Directă ConfortaBill. Data la care Asiguratul Principal semnează documentul care include confirmarea de primire a documentelor de asigurare și exprimarea acordului privind încheierea asigurării reprezintă data la care se activează acoperirea, acesta având obligații la plată după perioada de gratuitate.

Prima de asigurare se plătește anticipat, lunar, pentru luna de asigurare următoare Datei Scadente.

1.12. PERIOADA DE ACOPERIRE SUPLIMENTARĂ: Asiguratul Principal și/sau Asiguratul Subsidiar (în cazul Asigurării Extinse) va/vor beneficia de o perioadă de 10 (zece) zile calendaristice de acoperire suplimentară, în cazul în care la Data Scadenței sau la una din debitările succesive ulterioare în cont nu există disponibilul necesar pentru plata primei de asigurare, însă numai dacă în luna de asigurare anterioară prima a fost achitată la Data Scadenței sau la una din încercările de debitare succesive ulterioare. După expirarea acestei perioade de 10 (zece) zile de acoperire suplimentară, Acoperirea Individuală se suspendă pentru luna de asigurare pentru care nu s-a găsit disponibilul necesar în contul Asiguratului Principal și se va relua pentru lunile de asigurare următoare, cu condiția plății primelor de asigurare la Data Scadentă sau la una dintre cele 3 încercări de debitare ulterioare Datei Scadente.

- 1.13. LUNA DE ASIGURARE** reprezintă perioada cuprinsă între Data Scadentă și data corespunzătoare din luna calendaristică următoare, perioada pe parcursul căreia Asiguratul Principal și Asigurații Subsidiari sunt acoperiți pentru riscurile asigurate.
- 1.14. DATA SCADENTĂ** a primei de asigurare reprezintă ziua fiecărei luni corespunzătoare datei apelului telefonic prin care Persoana Asigurată își da acordul expres pentru înscrierea în Programul de Asigurare și pentru primirea documentelor privind Programul de Asigurare și încheierea contractului privind Serviciul Debitare Directă ConfortaBill ori, după caz, ziua lucrătoare anterioară Datei Scadenței, dacă aceasta este o zi nelucrătoare în luna respectivă și/sau ultima zi lucrătoare din lună, dacă Data Scadenței este data de 29, 30 sau 31 a lunii, în lunile care nu au o dată corespunzătoare.
- Prima de asigurare se plătește anticipat, lunar, pentru Luna de Asigurare următoare Datei Scadente.
- 1.15. DATA DEBITĂRILOR ULTERIOARE SUCCESIVE:** dacă la Data Scadenței în Contul curent în Lei nu există disponibilul necesar și suficient pentru plata primei de asigurare, Societatea de Asigurări va transmite Băncii instrucțiuni de debitare succesive, la intervale de timp prestabilite, egale, de câte 3 zile calendaristice, de maximum 3 ori pe parcursul unei luni de asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile și la 9 zile de la Data Scadenței. Dacă aceste termene de 3, 6 și respectiv 9 zile se împlinesc într-o zi nelucrătoare, instrucțiunea de plată va fi transmisă de Societatea de Asigurări și va fi executată de către Bancă în ziua lucrătoare anterioară.
- 1.16. SERVICIUL DEBITARE DIRECTĂ CONFORTABILL** este serviciul de plată oferit de Raiffeisen Bank pentru plata primelor de asigurare. Termenii și condițiile Serviciului Debitare Directă ConfortaBill sunt transmise fiecărei persoane care și-a exprimat acordul telefonic pentru încheierea contractului pentru acest Serviciu, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, odată cu Polița de Asigurare și anexele acesteia.
- 1.17. DATA ACTIVĂRII ASIGURĂRII** este data la care Asiguratul Principal recepționează documentele de asigurare și semnează Confirmarea de Primire extinsă.
- 1.18. SUMA ASIGURATĂ** înseamnă suma menționată în Polița de Asigurare și în condițiile prevăzute în aceasta, 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.
- 1.19. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE** reprezintă suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Persoanei Asigurate în cazul producerii unuia dintre Riscurile asigurate. Indemnizația de asigurare se va calcula ca în funcție de Suma Asigurată pentru fiecare acoperire în parte, conform articolului „Acordarea indemnizațiilor de asigurare”.
- 1.20. CONFIRMAREA DE PRIMIRE EXTINSĂ** reprezintă documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și exprimarea acordului privind încheierea asigurării, precum și termenii și condițiile privind serviciul Debitare Directă ConfortaBill.
- 1.21. ÎMBOLNĂVIRE** - înseamnă modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate, manifestată și diagnosticată ca atare pentru prima oară după Data intrării în vigoare a asigurării. Manifestarea și diagnosticarea unei îmbolnăviri în perioada de suspendare a contractului (conform paragrafului 3.3) nu este acoperită de prezentul contract de asigurare.
- 1.22. 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, electrice, 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.
- 1.23. VĂTĂMARE CORPORALĂ** înseamnă orice vătămare fizică a corpului Persoanei Asigurate, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident, cu condiția ca aceasta vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a poliței de asigurare.
- 1.24. 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. Evenimentele

cauzate direct sau indirect de o condiție medicală preexistentă nu sunt acoperite de prezentul contract de asigurare.

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

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

1.26. 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.

1.27. 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.

1.28. INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ reprezintă o procedură sau tehnică medicală efectuată asupra Asiguratului într-un Spital, de către un medic chirurg și considerată necesară de către un medic specialist 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 anestezist.

1.29. 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.

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

1.31. PERIOADA DE GRATUITATE este perioada pentru care Acoperirea Individuală este activă 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 data înscrierii în asigurare ce coincide cu data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare și fără a avea obligația de a plăti primele de asigurare aferente, pentru o perioadă de gratuitate de cel puțin 1 (o) lună de acoperire dar nu mai mult de 2 (două) luni de la data semnării confirmării de primire.

Exemplu:

Data apel telefonic: 07.01.2023

Data înscrierii în asigurare / data semnării confirmării de primire: 15.01.2023

Perioada de gratuitate: 16.01.2023 - 06.03.2023

Data primei debitări / prima Dată Scadentă: 07.03.2023

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare: 07.03.2023 - 06.04.2023

1.32. 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 intrării în vigoare a Asigurării;

- 3 (trei) luni calendaristice pentru Intervenția chirurgicală din Îmbolnăvire calculate o singură dată, de la data intrării în vigoare a 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.

1.33. SERVICII SUPLIMENTARE – SERVICII DE TELEMEDICINĂ – servicii oferite Asiguratului Principal/Subsidiar în parteneriat cu furnizorul agreat de servicii de acest tip –Telios Care S.A. Termenii și condițiile acestor servicii sunt prezentate la Articolul 11.

Articolul 2. Obiectul contractului

- 2.1.** Societatea de Asigurări oferă protecție persoanelor încadrate în Grupul Eligibil pentru Riscurile Asigurate sub rezerva și în condițiile prevederilor, excluderilor, limitărilor, rezervelor și declarațiilor din cuprinsul prezentelor condiții de asigurare.
- 2.2.** Asigurarea stipulată de prezentele condiții contractuale se referă numai la tipurile de asigurare care sunt indicate printr-o sumă specifică, menționată în cuprinsul acesteia.
- 2.3.** Prin prezentul contract se oferă accesul la beneficii de Telemedicină așa cum este prevăzut acest lucru în Articolul.11.

Articolul 3. Data intrării în vigoare a acoperirii individuale

- 3.1.** Intrarea în vigoare a **Acoperirii Individuale** a Persoanelor Asigurate în temeiul prezentelor condiții de asigurare începe după cum urmează:
- a)** pentru Asiguratul Principal, la data semnării confirmării de primire a Poliței de Asigurare și a Termenilor și condițiilor de asigurare, care fac parte integrantă din aceasta precum și a Termenilor și Condițiilor Serviciului Debitare Directă ConfortaBill;
- b)** pentru Asigurații Subsidiari, la împlinirea cumulativă a următoarelor condiții:
- la data la care sunt întrunite cu privire la persoana lor toate condițiile menționate la articolele 1,6, și 1,7.
 - la data la care Asiguratul Principal semnează pentru primirea documentelor de asigurare, dacă Asiguratul Principal a optat inițial pentru varianta extinsă a asigurării.
- 3.2.** Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații la plată izvorâte din contractul de asigurare încheiat între Societatea de Asigurări și Asiguratul Principal, pe baza acordului telefonic și a acceptării în scris a înrolării în asigurare prin semnarea confirmării de primire a documentelor, ce se transmit în urma acordului telefonic, oferindu-i-se o perioadă de gratuitate la plata primei de asigurare calculată o singură dată de la momentul semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare și fără a avea obligația de a plăti primele de asigurare aferente pentru o perioadă de gratuitate de cel puțin 1 (una) lună de acoperire calculată o singură dată de la data înscrierii în asigurare, reprezentând data semnării confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și implicit a acordului privind încheierea asigurării, dar nu mai mult de 2 (două) luni de la data semnării confirmării de primire. După expirarea perioadei de gratuitate, Societatea de Asigurări va transmite Băncii instrucțiuni de debitare a primei, iar Asiguratului Principal i se debitează contul curent în Lei menționat în Polița de asigurare cu valoarea primei de asigurare, doar cu condiția primirii de către Societatea de Asigurări a confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și a Termenilor și Condițiilor Serviciului Debitare Directă ConfortaBill de către Asiguratul Principal, care reprezintă dovada înscrierii în Programul de asigurare. În caz de neexistență a dovezii privind primirea și semnarea confirmării de primire a acestor documente de către Asiguratul Principal, asigurarea Persoanei/Persoanelor Asigurate nu va deveni activă și nu se va debita contul curent al acestuia cu valoarea primei lunare de asigurare.

- 3.3.** Acoperirea Individuală este valabilă pe perioada unei Luni de Asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunar la Data Scadentă. În cazul neplătii primei de asigurare la Data Scadentă sau la Data debitărilor succesive ulterioare, acoperirea individuală se suspendă pentru luna de asigurare neplătită și se reia prin plata primei la Data Scadentei sau la una din încercările ulterioare de debitare, pentru luna de asigurare următoare, perioada maximă de suspendare fiind de 6 (șase) luni consecutive. După această perioadă de suspendare protecția prin asigurare se reziliază de plin drept.

Articolul 4. Teritoriul acoperirii individuale

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

Articolul 5. Acuratețea declarațiilor

- 5.1.** Orice fraudă, declarație falsă sau omisiune voită (nu sunt declarate aspecte esențiale pentru înrolarea în asigurare sau acordarea Despăgubirilor) 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 Despăgubirile ce s-ar fi cuvenit Beneficiarului să fie considerate pierdute. În aceasta situație primele de asigurare plătite nu se restituie.

Articolul 6. Plata primei de asigurare

- 6.1.** Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentă (menționată în Polița de Asigurare și care este data corespunzătoare apelului telefonic prin care își exprimă acordul de înscriere în Programul de Asigurare) după expirarea perioadei de gratuitate, pentru Luna de Asigurare următoare, prin Serviciul Debitare Directă ConfortaBill, prin care se efectuează debitarea contului curent în Lei deschis la Raiffeisen Bank, în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă, fiecare dintre ele în varianta Premium sau Standard), cu condiția ca Societatea de Asigurări să fi intrat în posesia confirmării de primire a documentelor privind asigurarea de către Asiguratul Principal, astfel:

Tip acoperire	Prima lunară/ Premium	Prima lunară/ Standard
Asigurare Individuală	55 Lei	40 Lei
Asigurare Extinsă (Familie)	90 Lei	65 Lei

- 6.2.** Plata primelor de asigurare de către Asigurații Principali se realizează prin Serviciul Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare Medic Plus în baza căruia Banca execută din contul curent în Lei al Asiguratului Principal operațiunile de plată a primelor de asigurare inițiate de Societatea de Asigurări, lunar, la Data Scadentei primei așa cum este ea menționată în Polița de Asigurare. Dacă la Data Scadentei nu există disponibil în cont pentru plata integrală a primei de asigurare, Societatea de Asigurări va transmite Băncii noi instrucțiuni de plată, la perioade succesive de 3 (trei) calendaristice, de maximum 3 ori pe durata unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data Scadentei. Aceasta reprezintă un beneficiu acordat Persoanelor Asigurate pentru evitarea situațiilor în care acesta nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului că nu au avut disponibil necesar în cont la Data Scadentă.
- 6.3.** Prima de asigurare se plătește anticipat, lunar, pentru Luna de Asigurare următoare Datei Scadente.

Exemplu:

Data Scadentă: 07.03.2023

Perioada acoperită prin plata primei la Data Scadentă: 07.03.2023 - 06.04.2023

- 6.4.** Asiguratul Principal are obligația să asigure și să mențină în contul curent în Lei prevăzut în Polița de asigurare, deschis la Raiffeisen Bank disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadentă, așa cum este ea definită mai sus pe toată durata de valabilitate a Acoperirii Individuale sau Extinse pentru care a optat.
- 6.5.** Dacă până la sfârșitul Lunii de Asigurare, în zilele în care se va încerca debitarea primei, conform celor menționate mai sus, soldul contului curent în Lei din care se face plata primei nu permite plata integrală într-o singură tranșă a primei de asigurare, cu excepția perioadelor de gratuitate, Acoperirea se suspendă pentru Luna de Asigurare următoare, neacceptându-se plăți parțiale. Acoperirea va reîncepe pentru următoarele Luni de Asigurare, dacă prima de asigurare corespunzătoare acestora a fost plătită integral.
- 6.6.** Perioada maximă de suspendare este de 6 (șase) luni de asigurare consecutive, după care asigurarea se reziliază deplin drept, fără îndeplinirea vreunei formalități și fără intervenția instanțelor de judecată, prin simpla neexecutare a obligației de plată a primei de asigurare pentru 6 (șase) luni de asigurare consecutive. După ce asigurarea a fost reziliată deplin drept, aceasta nu mai poate fi repusă în vigoare.
- 6.7.** Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a modifica prima de asigurare în cazul unor fluctuații ale parametrilor de bază care pot influența evoluția costurilor beneficiilor oferite, bazate pe experiența Societății. În acest caz, prima de asigurare se va modifica la următoarea Dată Scadentă. Condițiile și prima de asigurare astfel modificate vor fi propuse spre acceptare 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 încetează la următoarea Data Scadentă, fără a fi necesare alte demersuri.
- 6.8.** Această asigurare nu are componentă de investiții sau valoare de răscumpărare, iar valoarea primelor achitate nu se restituie la încetarea acoperirii prin asigurare.

Articolul 7. Acordarea indemnizațiilor de asigurare

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

Riscuri asigurate	Premium		Standard	
	Individual	Extinsă (Familie) (Asiguratul Principal + Asigurații subsidiari: soț/soție + copii)	Individual	Extinsă (Familie) (Asiguratul Principal + Asigurații subsidiari: soț/soție + copii)
Intervenții Chirurgicale din Îmbolnăvire sau Accident*	%10.000 lei	%10.000 lei	%7.500 lei	%7.500 lei
Cheltuieli medicale ca urmare a unei intervenții chirurgicale indemnizate*, **	600 lei	600 lei	300 lei	300 lei
Servicii de Telemedicină	DA	DA	DA	DA
Prima lunară	55 lei	90 lei	40 lei	65 lei

- 7.2.** 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 aceasta 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. 7.6

Exemple:

1. Eveniment asigurat în anul 3 de asigurare – intervenție chirurgicală pentru Hernie Inghinală Bilaterală – 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 = $50\% \times 10.000 \text{ lei} + 600 \text{ lei} = 5.600 \text{ lei}$
2. Eveniment asigurat în anul 7 de contract – tratamentul fracturii de femur – 40%, conform Tabelului de Plăți
 - Pachet de asigurare – Standard Individual, cu Sume Asigurate în anii 6-10 de asigurare de 9,375 lei (7,500 lei * 125%) pentru Intervenții chirurgicale și 375 lei (300 lei * 125%) pentru Cheltuieli medicale
 - Calcul Indemnizație asigurare = $40\% \times 7.500 \text{ lei} \times 125\% + 300 \text{ lei} \times 125\% = 4,125 \text{ lei}$

7.3. 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.

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

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

7.5.1. 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.

7.5.2. 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.

Exemplu:**Caz 1:**

În urma unui Accident asiguratul suferă multiple fracturi, la nivelul membrelor inferioare și la nivelul membrelor superioare ce necesită intervenție chirurgicală. În cadrul aceleași ședințe operatorii sunt operate, prin incizii multiple, atât membrele inferioare cât și membrele superioare. În această situație asiguratul va fi despăgubit cumulându-se procentele aferente celor 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 aceleași ședințe operatorii și printr-o singură incizie se realizează o Apendicectomie și se constată o afecțiune a colecistului, practicându-se și o Colecistectomie, asiguratul va fi despăgubit cu procentul cel mai mare conform tabelului de plăți, și anume 60% din suma asigurată aferentă Colecistectomiei.

7.5.3. Pentru orice intervenție chirurgicală nespecificată în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale, Societatea de Asigurări va indemniza prin analogie cu o intervenție chirurgicală specificată, de 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.

7.5.4. Acoperirile din îmbolnăvire au o perioadă de amânare de 90 (nouăzeci) de zile de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare, și de 30 (treizeci) de zile 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

- 7.6. Indemnizația pentru cheltuieli medicale aferente unei intervenții chirurgicale indemnizate (plătite)**
- 7.6.1.** 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. Numărul maxim de indemnizații plătite pentru Cheltuieli medicale este de 2 (două) în decursul unui an de asigurare, indiferent de numărul de evenimente indemnizate în decursul unui an de asigurare.
- 7.7.** 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.
- 7.8.** 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.
- 7.9.** 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 eClaims și pe www.metropolitanlife.ro;
 - b.** Copia actului de identitate (CI) a persoanei Asigurate /Beneficiarului precum și a reprezentantului legal, după caz; În cazul asiguratului/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 (dacă spitalizarea este ca urmare a unei îmbolnăviri a persoanei asigurate);
 - copia raportului poliției cu circumstanțele producerii evenimentului și rezultatul testului toxicologic (dacă spitalizarea este ca urmare a 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.
- 7.10.** 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, costurile aferente fiind suportate de către Societatea de Asigurări. După survenirea oricărei Vătămări Corporale, Persoana Asigurată va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea obținerii și urmăririi recomandărilor primite, iar Societatea de Asigurări nu va fi responsabilă pentru consecințele apărute în urma refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate.
- 7.11.** 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.
- 7.12.** Pentru Asiguratul Principal Indemnizațiile de Asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în contul deschis la Raiffeisen Bank 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.

- 7.13.** 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.
- 7.14.** Dacă la data evenimentului se constată că la momentul înscrierii în asigurare clienții prezentau Invaliditate Totală Permanentă sau Invaliditate Parțială Permanentă și nu au declarat acest lucru la momentul apelului telefonic în care și-au exprimat acordul de înscriere în asigurare, asigurarea va înceta, iar despăgubirea nu va fi plătită. Toate primele plătite până la acel moment vor fi returnate Persoanei Asigurate.
- 7.15.** 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, 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.
- 7.16.** Sumele care vor trebui plătite conform prevederilor acestui contract de asigurare nu vor putea fi cesionate și nu pot constitui obiectul unor garanții.
- 7.17.** 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) ale moștenitorului legal (titularul contului trebuie să fie persoana îndreptățită să primească indemnizația de asigurare/moștenitorul legal).
- 7.18.** Documentația necesară detaliată mai sus va fi transmisă Societății în limba română (documentele în altă limbă vor fi transmise în copie și în variantă tradusă de un traducător autorizat de Ministerul de Justiție). Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a solicita oricare dintre documente, inclusiv toate documentele menționate mai sus în Original sau Copie Legalizată.
- 7.19.** În niciun caz, Persoanele Asigurate nu vor putea solicita plata niciunei Indemnizații de Asigurare în afara prevederilor prezentei asigurări.

Articolul 8. Modificarea acoperirii individuale

- 8.1.** După data începerii Acoperirii Individuale, Asiguratul Principal poate solicita oricând pe durata contractului modificarea asigurării pentru care a optat inițial și implicit, a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS) de luni până vineri între orele 09:00 – 17:00. Numărul de telefon menționat în acest articol poate fi modificat de către Societatea de Asigurări; această informație va fi disponibilă pe website-ul acesteia.
- 8.2.** 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 9. Excluderi

- 9.1.** 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 condiție preexistentă așa cum este definită mai sus;
 - b.** orice eveniment datorat unei îmbolnăviri manifestate, diagnosticate și/sau tratate în perioada în care acoperirea individuală a fost suspendată pentru neplata primei de asigurare;
 - c.** orice vătămare corporală cauzată de un accident (sau intervenția chirurgicală ca urmare a respectivului accident) 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 National 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.** tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de o vătămare corporală;
 - g.** tratamente/investigații efectuate în scop explorator/de diagnostic, sterilitate, fertilizare invitro.
- 9.2.** Nicio afecțiune cauzată de sarcină nu este acoperită prin prezentul contract de asigurare în primele 9 luni de la Data Activării și nu poate fi cumulată cu niciun alt beneficiu plătit în baza acestui contract de asigurare. Ulterior în cazul în care, în urma unei sarcini, nașterea copilului are loc prin cezariană, Societatea de Asigurări va plăti către persoana asigurată beneficiul de cezariană, calculat ca procent din Suma Asigurată, conform „Tabelului de Plăți”.
- 9.3.** Nu se va efectua nicio plată în caz de Intervenție Chirurgicală cauzată de o Îmbolnăvire apărută în primele 90 (nouăzeci) de zile de la Data intrării în vigoare a asigurării sau în primele 30 (treizeci) de zile 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.
- 9.4.** 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.
- 9.5.** 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.

- 9.6.** 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.
- 9.7.** 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 Blocate (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 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 împlinirii a 3 (trei) ani de la data încetării Convenției în temeiul căreia s-a emis Polița de asigurare, din orice cauză, indiferent de motivul încetării;
2. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare în cazul în care se încheie contul curent, desemnat pentru plata primelor sau se renunța la Serviciul Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare;
3. la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maximă admisă (65 de ani)
4. la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta Asigurării contractate (Individuale sau Extinse);
5. 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;
6. 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 ConfortaBill, semnată de Asiguratul Principal și până la prima Dată Scadentă, indiferent de varianta Asigurării contractate.
7. la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare.
8. la data împlinirii termenului de preaviz, în cazul denunțării asigurării de către Societatea de Asigurări.

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

1. la data la care va înceta Acoperirea Individuală a Asiguratului Principal, 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 (douăzecișidoi) de ani în cazul în care Asiguratul Subsidiar copil studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată);
3. la data împlinirii termenului de preaviz, în cazul denunțării asigurării de către Societatea de Asigurări.
4. la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Subsidiar;

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

- 10.4.** Serviciul Debitare Directă ConfortaBill va înceta în mod automat odată cu încetarea protecției prin asigurare indiferent de motiv.
- 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.
- 10.5.** Contractul poate fi denunțat oricând și după îndeplinirea acestui termen, însă 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 concordanță 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 (doua) zile lucrătoare înainte de Data debitării primei de asigurare (datele în care se va încerca retragerea primei de asigurare prin Serviciul Debitare Directă ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare și care coincide cu Data Scadență 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 9 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 poate fi denunțată de Asiguratul Principal oricând și după îndeplinirea acestui termen, însă primele de asigurare plătite până la acel moment nu vor fi restituite.
- 10.10.** 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, e, 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 neurmăte în totalitate, a istoricului medical și a oricăror 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 auscultației 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 farmacii 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, Alergologie. 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 jurisdicția

Prezentului contract i se aplică legislația din România.

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

Articolul 13. Taxe, impozite și onorarii

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

Articolul 14. Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri

procent Din Suma Asigurată

% din suma asigurata

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 în 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:	
<i>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</i>	

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 variocel	10
Intervenție chirurgicală pentru extirparea tumorilor fibroide fără abordare abdominală	20
Cezariană	20

TIROIDĂ

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

HERNIE

Tratament injectabil - ciclu 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

Pentru o luxație ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, procentajul se dublează, cu condiția ca indemnizația maximă să nu depășească 100

NAS

Intervenție chirurgicală intranasală de sinus maxilar 15

Intervenție chirurgicală extranasală de sinus 35

Vegetații adenoide, 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 injectare:

- la un picior	20
- la ambele picioare	30

Medic Plus

Termenii și condițiile privind Serviciul ” Debitare Directă ConfortaBill” pentru plata primelor de asigurare prin Raiffeisen Bank

Pentru scopul Serviciului “**Debitare Directă ConfortaBill**”, următorii termeni au înțelesurile de mai jos:

Asigurător = Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București este furnizorul Programului de asigurare Medic Plus, calitate în care eliberează Polița de asigurare și inițiază operațiunile de plată a primelor de asigurare aferente Programului de asigurare din Contul curent al Clientului Plătitor în conformitate cu Condițiile de asigurare;

Banca = RAIFFEISEN BANK S.A., societate administrată în sistem dualist, persoană juridică română cu sediul în București, Clădirea Sky Tower, Calea Floreasca, nr. 246C, sector 1, cod 014476, cod unic de înregistrare 361820, număr de înregistrare în Registrul Comerțului J40/44/1991, Identificator unic la nivel european (EUID) ROONRC.J40/44/1991 număr de înregistrare în Registrul bancar RB-PJR-40-009/1999, Decizia ASF nr. A/75/30.01.2014 completată de Decizia ASF nr. A/239/27.03.2014, înregistrată în Registrul Public al ASF sub nr. PJR01INCR/400009, cod de înregistrare fiscală RO361820 - denumită în continuare “Banca”;

Contul curent = contul curent în Lei deschis la Bancă pe numele Clientului Plătitor, menționat în Polița de asigurare emisă de Asigurător;

Polița de asigurare = reprezintă documentul care cuprinde condițiile de asigurare; este înscrisul care atestă că un membru al Grupului Eligibil beneficiază de asigurare și care stabilește cuantumul, scadența și periodicitatea plății primei de asigurare;

Clientul Plătitor = persoană fizică titulară a contului curent în Lei, care are calitatea de Asigurat Principal în Programul de asigurare Medic Plus, în condițiile specificate în Polița de asigurare eliberată de Asigurător și în Termenii și Condițiile Programului de Asigurare;

Serviciul = serviciul de debitare directă intrabancară ”ConfortaBill” oferit de Bancă Clientului Plătitor și Asiguratorului, prin intermediul căruia, pe baza instrucțiunii dată Băncii și acordului prealabil dat prin telefon de Clientul Plătitor, la momentul încheierii contractului, Asiguratorul inițiază operațiunile de plată a primelor de asigurare aferente Programului de asigurare, din Contul curent al Clientului Plătitor. Momentul primirii Ordinului de Plată de către Bancă reprezintă data indicată de Asigurator în instrucțiunea de plată transmisă Băncii, ca fiind Data Scadenței sau data de debitare succesivă ulterioară a Contului curent (în cazul în care Banca nu găsește disponibilul necesar plății integrale a primei de asigurare în contul Plătitorului, Asiguratorul va transmite Băncii instrucțiuni de debitare a Contului curent la perioade succesive de câte 3 zile calendaristice, de maxim trei ori pe durata unei Luni de Asigurare, respectiv la 3, la 6 sau la 9 zile de la Data Scadenței, astfel cum este aceasta definită în Termenii și condiții ale programului de asigurare Medic Plus.

Raiffeisen Bank S.A. • Administrația Centrală • Clădirea Sky Tower, Calea Floreasca nr. 246 C, sector 1, București • Cod poștal 014476 • România • Telefon: +40 21 306 1000 • Fax: +40 21 230 0700 • E-mail: centrala@raiffeisen.ro • www.raiffeisen.ro • C.U.I. 361820 • Număr de înregistrare în Registrul Comerțului J40/44/1991 • Identificator unic la nivel european (EUID) ROONRC.J40/44/1991 • Număr de înregistrare în Registrul Bancar RB-PJR-40-009/1999 • Decizia ASF nr. A/75/30.01.2014, completată prin Deciziile ASF nr. A/239/27.03.2014 și nr. 449/28.03.2019, înregistrată în Registrul Public al ASF sub nr. PJR01INCR/400009 • Agent Afiliat înregistrat la ASF sub Cod RAJ 500196 • Cod de înregistrare fiscală RO361820 • Capital social 1.200 mil Lei • Societate administrată în sistem dualist • Cod BIC RZBRROBU • Call Center: *2000, număr cu tarif normal în rețelele Vodafone, Orange, Telekom Romania Mobile.

Serviciul este oferit de Bancă Clientului Plătitor în următoarele condiții:

- Art.1.** Clientul Plătitor a autorizat telefonic Banca să execute pe Contul său curent operațiunile de plată inițiate de Asigurător în scopul transferării din acest cont a sumelor reprezentând contravaloarea primelor de asigurare datorate Asigurătorului de Clientul Plătitor înscris în Programul de asigurare Medic Plus, în condițiile din Polița de asigurare emisă de Asigurător.
- Art.2.** Pentru prestarea Serviciului de către Bancă, Clientul Plătitor a fost de acord ca Banca să comunice Asigurătorului codul IBAN al Contului curent, necesar acestuia pentru inițierea operațiunilor de plată a primei de asigurare.
- Art.3.** Banca va executa operațiunile de plată a primei de asigurare inițiate de Asigurător în termenul legal, conform instrucțiunilor primite de la acesta.
- Art.4.** Clientul Plătitor are dreptul de a-și retrage consimțământul dat Băncii pentru executarea oricăreia dintre operațiunile de plată inițiate de Asigurător prin intermediul serviciului de plată Debitare Directă ConfortaBill, cel târziu la sfârșitul zilei lucrătoare care precedă ziua scadenței primei de asigurare, 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, serviciul de debitare directă ConfortaBill se suspendă și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Asigurător va fi considerată neautorizată.
- Art.5.** În vederea executării plății primei de asigurare, Clientul Plătitor se obligă să asigure în Contul curent suma necesară efectuării plății, conform prevederilor din Condițiile de asigurare. În cazul în care Clientul Plătitor a încheiat/încheie contracte de credit/alte contracte specifice cu Banca în urma cărora rezultă datorii certe și exigibile scadente în aceeași zi cu prima de asigurare, ordinea în care Banca va debita sumele aferente acestora va fi: datorii certe, lichide și exigibile în legătură cu creditul/creditele acordate de Bancă, alte datorii certe, lichide și exigibile față de Bancă, alte plăți scadente, inclusiv prime de asigurare.
- Art.6.** Banca va pune la dispoziția Clientului Plătitor în oricare unitate teritorială a acesteia informațiile obligatorii impuse de lege după executarea fiecărei operațiuni de plată inițiată de Asigurător, cel mai devreme în prima zi lucrătoare ce urmează zilei în care a fost debitat Contul curent.
- Art.7.** Pentru evidența operațiunilor de plată efectuate prin intermediul Serviciului, Banca va emite și va comunica lunar Clientului Plătitor extrasul Contului curent, în modalitatea indicată de Clientul Plătitor.
- Art.8.** Dacă la data executării operațiunii de plată a primei de asigurare inițiată de Asigurător disponibilul din Contul curent nu acoperă integral contravaloarea primei de asigurare, Banca nu va opera plata, neefectuând plăți parțiale și nefiind ținută răspunzătoare pentru neefectuarea plății primei de asigurare. De asemenea, Banca nu va efectua plata primei de asigurare prin intermediul Serviciului în situația în care Contul curent este indisponibil ca urmare a unei măsuri legale sau a oricărei alte situații prevăzută în acest sens în documentația de Cont curent.
- Art.9.** Dacă Banca refuză executarea unei operațiuni de plată inițiate de Asigurător, Banca va pune la dispoziția Clientului Plătitor, la oricare unitate teritorială a acesteia, refuzul și motivele acestuia.
- Art.10.** Clientul Plătitor nu datorează Băncii comisioane pentru prestarea Serviciului.
- Art.11.** Banca nu va putea fi ținută răspunzătoare pentru eventualele prejudicii cauzate de Asigurător Clientului Plătitor sau de Clientul Plătitor Asigurătorului. Orice neînțelegeri referitoare la cuantumul primelor de asigurare, la sumele solicitate la plată de Asigurător prin intermediul Serviciului, la sumele debitate din Contul curent sau la sumele refuzate la plată din lipsă de disponibil, urmează să fie rezolvate fără implicarea Băncii, în condițiile menționate în Polița de Asigurare emisă de Asigurător.
- Art.12.** Forța majoră exonerează de răspundere partea care o invocă, în condițiile legii, după înștiințarea celeilalte Părți. Partea care invocă forța majoră va înștiința cealaltă Parte în termen maxim de 5 (cinci) zile de la apariție și va transmite documentele doveditoare, certificate de Camera de Comerț și Industrie a României conform legii, în termen de 15 (cincisprezece) zile. În aceleași condiții se va comunica și încetarea cazului de forță majoră.

- Art.13.** Serviciul va fi prestat de Bancă conform prezentului document pe perioada în care Contractul de asigurare este în vigoare.
- Art.14.** Clientul Plătitor poate denunța unilateral Serviciul prin formularea telefonică a unei cereri de denunțare, sunând 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, caz în care Serviciul va înceta la sfârșitul următoarei zile lucrătoare după data efectuării convorbirii telefonice.
- Art.15.** Banca poate denunța unilateral Serviciul, cu notificarea prealabilă a Plătitorului, transmisă pe suport hârtie sau pe alt suport durabil, cu cel puțin 2 (două) luni înainte de data stabilită pentru încetare.
- Art.16.** Serviciul va înceta la data încetării Convenției dintre Bancă și Asigurător în baza căreia sunt inițiate și transmise de Asigurător instrucțiunile de plată a primei de asigurare din Contul curent al Clientului Plătitor, indiferent de motivul acestei încetări sau în cazul încetării asigurării ca urmare a intervenirii unui caz de încetare prevăzut în Condițiile Generale de asigurare, care fac parte integrantă din Polița de Asigurare emisă de Asigurător.
- Art.17.** Părțile convin ca orice modificare propusă de Bancă, cu privire la derularea Serviciului să fie notificată Clientului Plătitor și transmisă acestuia pe suport hârtie sau pe alt suport durabil, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, cu cel puțin 2 (două) luni înainte de data propusă pentru aplicarea acesteia.
- Art.18.** În cazul în care până la data propusă pentru aplicarea modificărilor, Clientul Plătitor nu înștiințează Banca despre neacceptarea acestor modificări, sunând 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, Părțile convin că tăcerea Plătitorului valorează acceptare tacită a modificărilor propuse, acestea urmând a intra în vigoare la data stabilită de Bancă.
- Art.19.** Clientul Plătitor are dreptul să solicite, în maxim 8 (opt) săptămâni de la data debitării Contului curent cu contravaloarea primei de asigurare, restituirea sumei plătite la ordinul Asigurătorului, dacă valoarea operațiunii de plată depășește contravaloarea primei de asigurare datorată conform Poliței de Asigurare, Părțile convenind că valoarea astfel limitată corespunde așteptărilor Clientului Plătitor cu privire la valoarea operațiunii de plată.
- Art.20.** Banca răspunde față de Clientul Plătitor în cazul operațiunilor de plată neautorizate de acesta, precum și în cazul operațiunilor de plată neexecutate (deși Contul a fost debitat) sau executate incorect de către Bancă, dacă sumele de bani nu au ajuns la Asigurător.
- Art.21.** În cazurile prevăzute mai sus Banca are obligația ca imediat să ramburseze Clientului Plătitor suma aferentă operațiunii de plată respective și dacă este cazul, să readucă Contul curent în situația în care s-ar fi aflat dacă operațiunea de plată neautorizată nu s-ar fi efectuat.
- Art.22.** Banca corectează o operațiune de plată numai dacă Clientul Plătitor a semnalat Băncii în termen de 30 (treizeci) de zile de la data emiterii extrasului de cont, dar nu mai târziu de 13 (treisprezece) luni de la data debitării Contului curent, faptul că a constatat o operațiune de plată neautorizată sau executată incorect, care dă naștere unei plângeri. În cazul în care Clientul Plătitor semnalează Băncii o operațiune de plată neautorizată sau eronat executată după 30 de zile de la data emiterii extrasului de cont, Clientul este obligat să motiveze întârzierea în semnalarea respectivei operațiuni.
- Art.23.** Serviciul este activ începând cu Data Scadenței primei de asigurare din prima lună de asigurare, după perioada de gratuitate, astfel cum este aceasta menționată în Polița de Asigurare.
- Art.24.** În orice moment al relației contractuale, Clientul Plătitor are dreptul să primească, la cerere, pe suport hârtie sau pe orice alt suport durabil, un exemplar al prezentului document.
- Art.25.** Orice divergențe între Părți în legătură cu încheierea, executarea, încetarea sau interpretarea Termenilor și condițiilor Serviciului se vor soluționa pe cale amiabilă sau în cazul în care acest lucru nu este posibil, de către instanțele judecătorești competente, conform legislației române în vigoare și Condițiilor Generale de Derulare a Operațiunilor Bancare.
- Art.26.** Termenii și condițiile Serviciului vor fi interpretați și executați în conformitate cu legea română. În vederea soluționării pe cale amiabilă a eventualelor dispute Plătitorul poate sesiza, în condițiile legii, Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorului și/sau Banca Națională a României, în vederea aplicării procedurilor extrajudiciare de soluționare a disputelor.

- Art.27.** Termenii și Condițiile Serviciului se completează cu Condițiile Generale de Derulare a Operațiunilor Bancare pe care Clientul Plătitor le-a primit la momentul înrolării sale ca și client al Băncii, cu modificările ulterioare. În măsură în care în Condițiile Generale de Derulare a Operațiunilor Bancare există prevederi care reglementează în mod diferit executarea instrucțiunii de plată prin Serviciul Debitare Directa ConfortaBill, în ceea ce privește executarea instrucțiunii de plată a primei de asigurare se vor aplica cu prioritate prevederile prezentului document.
- Art. 28.** Prezentul contract a fost încheiat la distanță, consimțământul Clientului Plătitor fiind exprimat în cadrul convorbirii telefonice. Clientul Plătitor are dreptul de a denunța unilateral contractul la distanță, în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice, fără penalități și fără a fi necesară invocarea vreunui motiv. Termenul începe să curgă din ziua în care Clientul Plătitor a semnat confirmarea de primire a Termenilor și condițiilor contractuale.



RAIFFEISEN BANK S.A. prin:

Carmina Vatamanu

Departamentul Strategie și Implementare Planificare Financiară Personală

Raiffeisen Bank S.A. • Administrația Centrală • Clădirea Sky Tower, Calea Floreasca nr. 246 C, sector 1, București • Cod poștal 014476 • România • Telefon: +40 21 306 1000 • Fax: +40 21 230 0700 • E-mail: centrala@raiffeisen.ro • www.raiffeisen.ro • C.U.I. 361820 • Număr de înregistrare în Registrul Comerțului J40/44/1991 • Identificator unic la nivel european (EUID) ROONRC.J40/44/1991 • Număr de înregistrare în Registrul Bancar RB-PJR-40-009/1999 • Decizia ASF nr. A/75/30.01.2014, completată prin Deciziile ASF nr. A/239/27.03.2014 și nr. 449/28.03.2019, înregistrată în Registrul Public al ASF sub nr. PJR01INCR/400009 • Agent Afiliat înregistrat la ASF sub Cod RAJ 500196 • Cod de înregistrare fiscală RO361820 • Capital social 1.200 mil Lei • Societate administrată în sistem dualist • Cod BIC RZBRROBU • Call Center: *2000, număr cu tarif normal în rețelele Vodafone, Orange, Telekom Romania Mobile.

Politica de prelucrare a datelor personale

Metropolitan Life face constant demersurile necesare pentru protejarea confidențialității și securității datelor dumneavoastră personale. Acest document, denumit "Politica de prelucrare a datelor personale", descrie modul în care folosim datele personale pe care le obținem direct de la dumneavoastră sau de la terți.

Anumiți termeni folosiți în Politica de prelucrare a datelor personale, care pot fi dificil de înțeles, sunt prezentați în secțiunea Glosar, de la sfârșitul acestei Politici de prelucrare a datelor personale. În cadrul textului, aceștia apar de culoare albastră și subliniați, cu excepția termenilor date personale și prelucrare care, fiind utilizați foarte des, sunt evidențiați astfel doar în acest paragraf.

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**" în această Politică de prelucrare a datelor personale și care va fi operatorul datelor dumneavoastră personale.

Cum să obțineți mai multe informații?

Pentru mai multe informații despre Politica de prelucrare a datelor personale, vă rugăm să contactați **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

De asemenea, pentru orice alte sugestii sau nemulțumiri cu privire la modul în care colectăm, dezvăluim sau folosim datele dumneavoastră personale, vă rugăm să ne contactați utilizând detaliile de mai sus.

În cazul în care nu sunteți mulțumit de răspunsul primit, aveți dreptul să vă adresați cu o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, cu sediul în B-dul Gral. Gheorghe Magheru 28-30, Sector 1, cod poștal 010336, București, România, Tel: 0318.059.211/0318.059.212 sau pe website-ul www.dataprotection.ro.

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 [Drepturile dumneavoastră privind datele personale](#).

Drepturi

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 Politică de prelucrare a datelor personale). În felul acesta, sunteți informat și puteți verifica dacă folosim datele dumneavoastră personale în conformitate cu legislația privind protecția datelor cu caracter personal. Pentru mai multe informații, a se vedea secțiunea [Accesarea datelor personale](#).

3. Dreptul la rectificare. Aveți dreptul să vă fie corectate datele personale, dacă acestea sunt inexacte sau incomplete. Pentru mai multe informații, a se vedea secțiunea [Corectarea datelor personale](#).

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. Pentru mai multe informații, a se vedea secțiunea [Ștergerea datelor personale](#).

5. Dreptul la restricționarea Prelucrării. În anumite situații aveți dreptul să "blocat" 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. Pentru mai multe informații, a se vedea secțiunea [Restricționarea datelor personale](#).

6. Dreptul la portabilitatea datelor. Aveți dreptul să obțineți o copie a unora dintre datele dumneavoastră personale pe care le deținem și să le refolosiți sau să le utilizați în scopuri proprii. Pentru mai multe informații, a se vedea [Portarea datelor dumneavoastră](#).

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). Pentru mai multe informații, a se vedea [Opoziția la prelucrarea datelor personale](#).

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. Pentru mai multe informații, a se vedea [Procesul decizional individual automatizat și crearea de profiluri](#).

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 această Politică 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-uri, activitățile recreative sau sporturile practicate;
- detaliile privind rezidența fiscală, inclusiv numerele de identificare fiscală;
- informații privind săvârșirea unor infracțiuni;
- gradul de rudenie;
- categorii speciale de date (pentru mai multe detalii consultați secțiunea [Categorii speciale de date](#)).

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 sau 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, de exemplu atunci când:

- solicitați informații despre sau faceți o cerere pentru unul din produsele sau serviciile noastre de asigurare;
- vă înregistrați în contul dumneavoastră online, unde vă accesați datele privind asigurările pe care le dețineți;
- solicitați ca un reprezentant sau un agent de asigurare al Metropolitan Life să vă contacteze;
- participați la orice promoție sau sondaj organizat de Metropolitan Life;
- solicitați o modificare a contractului de asigurare sau faceți o cerere de despăgubire;
- faceți o petiție sau reclamație.
- Adicional, 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 nebancare 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.

În cazul în care datele dumneavoastră personale ne-au fost comunicate de o altă persoană (de exemplu, soț/ soție, părinte), persoana respectivă confirmă că a obținut consimțământul dumneavoastră cu privire la procesarea și transferul datelor lor personale către Metropolitan Life, în condițiile menționate în această Politică de prelucrare a datelor personale și își asumă integral răspunderea cu privire la această confirmare.

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 nebancare. Unele din aceste surse ne pot furniza [categorii speciale de date](#) despre dumneavoastră.

Cum utilizăm categoriile speciale de date?

Putem primi sau colecta categorii 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 [categorii speciale de date](#), o să vi-l solicităm la momentul corespunzător. Aveți dreptul să vă retrageți consimțământul în orice moment. Retragerea 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 intenționăm să le achiziționăm;
- administrarea relației contractuale și comunicarea cu dumneavoastră pe toată perioada contractuală;
- verificarea solicitărilor pe care ni le transmiteți;
- analiza nevoilor dumneavoastră financiare;
- analiza, 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. Această tehnologie folosește informații, precum intervale de vârstă sau servicii și produse achiziționate, care ne ajută să facem presupuneri și recomandări cu privire la noi produse care ar putea fi de interes pentru dumneavoastră. Acestea se concretizează prin primirea comunicărilor de marketing personalizate. Dacă vreodată credeți că deciziile noastre luate ca urmare a folosirii tehnologiei sunt greșite, puteți cere unui reprezentant al Metropolitan Life să le verifice. (Vedeți și [Procesul decizional individual automatizat și crearea de profiluri](#)).

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 [categorii speciale de date](#), depinde de motivul pentru care prelucram 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 prelucram 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 dezvoltăm 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 (vedeți și secțiunea [Cum tratăm datele personale în cazul unei vânzări a afacerii?](#));
- 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 dezvoltăm datele dumneavoastră personale?

Putem folosi și dezvoltăm datele dumneavoastră personale către alte companii din grupul MetLife inc. pentru:

- a ne ajuta să evaluăm cererea dumneavoastră pentru produsele și serviciile de asigurare oferite de noi;
- a ne ajuta să administrăm contractul dumneavoastră de asigurare, să procesăm cererile dumneavoastră de despăgubire și orice alte tranzacții efectuate în baza contractului de asigurare;
- a confirma sau a corecta ceea ce știm despre dumneavoastră;
- a ne ajuta să prevenim fraudele, spălarea banilor, finanțarea terorismului și alte infracțiuni prin verificarea a ceea ce știm despre dumneavoastră;
- a efectua studii de cercetare pentru noi;
- a ne îndeplini obligațiile legale, de exemplu să comunicăm datele dumneavoastră personale organelor de poliție în vederea prevenirii fraudelor;
- efectuarea auditului;
- a vă furniza informații despre Metropolitan Life, despre oferte speciale, produse și servicii care v-ar putea interesa;
- îndeplinirea altor activități, cum ar fi dezvoltarea produselor și administrarea paginilor de internet.

Este posibil să dezvoltăm datele dumneavoastră personale către [agenți de asigurare](#) și alte terțe părți care ne ajută să vă oferim produsele și serviciile noastre de asigurare. De exemplu, este posibil să dezvoltăm datele dumneavoastră personale:

- pentru a respecta dispozițiile legale și normele emise de autoritățile de supraveghere aplicabile Metropolitan Life;
- organelor judiciare, în vederea procesării cererii dumneavoastră de despăgubire;
- altor societăți de asigurare și furnizori de servicii financiare pentru a preveni și a identifica cererile de despăgubire frauduloase sau exagerate;
- către terțe părți, care ne acordă asistență în administrarea și/ sau îndeplinirea contractului dumneavoastră de asigurare sau în procesarea și plata cererilor de despăgubire pe care le formulăm;
- companiilor care tipăresc și distribuie corespondența și, în cazul în care ne-ați furnizat consimțământul dumneavoastră, companiilor care realizează activități de marketing direct în numele nostru;
- către [reasigurători](#), prin intermediul cărora diminuăm riscurile asociate asigurărilor contractate, asigurându-ne noi înșine la aceștia pentru o parte din risc;
- [brokerilor de asigurări](#), care negociază în numele dumneavoastră încheierea asigurărilor cu noi;
- băncilor și instituțiilor financiare nebancare, care distribuie produsele și serviciile noastre de asigurare;
- medicilor și instituțiilor medicale, care vă prestează servicii medicale în baza asigurării.

Atunci când dezvoltăm 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 dezvoltăm 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.

Cum tratăm datele personale în cazul unei vânzări a afacerii?

În eventualitatea în care una sau mai multe dintre companiile menționate în secțiunea [Cine suntem noi?](#) sau portofoliile de produse/ servicii ale acestor companii ar fi vândute, cesionate sau ar face obiectul unei fuziuni sau divizări, datele dumneavoastră personale pot fi transferate ca parte a aceluiași proces. Noua companie va continua să utilizeze datele dumneavoastră personale în aceleași scopuri, cu excepția cazului în care vi se notifică altfel. Putem, de asemenea, să divulgăm datele dumneavoastră personale potențialilor cumpărători ai afacerii noastre și consilierilor lor profesioniști, dar ne vom asigura că există măsuri de protecție adecvate pentru a vă proteja informațiile în astfel de circumstanțe.

Cum vă protejăm datele personale?

Securitatea și confidențialitatea datelor dumneavoastră personale sunt foarte importante pentru noi. Deținem măsuri de securitate tehnice, administrative și fizice prin care:

- protejăm datele dumneavoastră personale împotriva accesului neautorizat și a utilizării necorespunzătoare;
- securizăm sistemele noastre informatice și protejăm informațiile;
- ne asigurăm că putem reconstitui datele dumneavoastră în situațiile în care datele sunt distruse sau pierdute, într-o situație de recuperare în caz de dezastru.

Dacă este cazul, folosim criptarea sau alte măsuri de securitate pe care le considerăm potrivite pentru a vă proteja datele personale. De asemenea, ne revizuiți periodic procedurile de securitate pentru a lua în considerare noile evoluții tehnologice și metode actualizate. Însă, în ciuda eforturilor noastre rezonabile, nicio măsură de securitate nu este perfectă sau impenetrabilă.

Marketing direct

Aveți posibilitatea de a primi comunicări de marketing în legătură cu produse, oferte speciale sau servicii, relevante și de interes pentru dumneavoastră. Comunicarea poate avea loc prin telefon, e-mail sau alte metode, dacă v-ați dat consimțământul de a vă contacta prin acele metode.

În cazul în care doriți să nu mai fiți contactat în scop de marketing, aveți la dispoziție mai multe modalități simple prin care puteți să vă dezabonați, modalități care vă sunt aduse la cunoștință de fiecare dată când sunteți contactat în acest mod.

Dacă v-ați dat acordul pentru a primi comunicări de marketing atunci când v-ați înregistrat pe website-ul nostru, în aplicațiile sau pentru furnizarea serviciilor noastre, puteți să ne spuneți în orice moment că nu mai doriți să le primiți, transmitându-ne o solicitare, în care trebuie să ne specificați numele dumneavoastră complet, adresa și alte detalii de contact. Această solicitare o puteți trimite la:

- adresa de e-mail: protectiadatelor@metropolitanlife.ro;
- registratura companiei sau pe cale poștală la adresa Metropolitan Life, menționată la secțiunea [Cine suntem noi?](#);
- numărul de telefon: +4.021.208.4100.

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.

Atunci când vom continua să folosim datele în scopuri statistice sau de cercetare, ne asigurăm că datele sunt anonime, astfel încât să nu poată fi identificate în niciun fel.

Cum aflați de modificările acestei Politici de prelucrare a datelor personale?

Este posibil să modificăm această Politică de prelucrare a datelor personale în orice moment. Dacă vom face orice schimbare semnificativă în ceea ce privește modul în care colectăm datele dumneavoastră personale sau modul în care le folosim sau le împărtășim, vom comunica o notificare a modificărilor efectuate pe website-urile unde este afișată această Politică de prelucrare a datelor personale.

Legea aplicabilă

Legea aplicabilă acestei Politici de prelucrare a datelor personale este legea română.

DREPTURILE DUMNEAVOASTRĂ PRIVIND DATELE PERSONALE

Această secțiune explică mai detaliat drepturile dumneavoastră cu privire la datele dumneavoastră personale. Unele drepturi nu sunt absolute și sunt supuse anumitor excepții sau limitări.

Informații suplimentare și sfaturi despre drepturile dumneavoastră pot fi obținute de la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, cu sediul în București, B-dul G-ral. Gheorghe Magheru 28-30, Sector 1, cod poștal 010336, Tel: 031 8059211/031 8059212 sau pe website-ul acesteia, la adresa www.dataprotection.ro.

Aveți dreptul să vă fie furnizate datele dumneavoastră personale în mod gratuit, cu excepția următoarelor situații în care putem percepe o taxă rezonabilă pentru acoperirea costurilor administrative de furnizare a datelor personale:

- în cazul în care cererile sunt vădit nefondate sau transmise în mod excesiv/ repetat;
- în cazul în care sunt solicitate copii suplimentare ale aceluiași informații.

De asemenea, avem posibilitatea să refuzăm să dăm curs cererii. Vă rugăm să analizați cu atenție cererile dumneavoastră înainte de a ni le trimite. Vom răspunde cererilor dumneavoastră cât mai curând posibil. Termenul de răspuns este de o lună de la data primirii cererii, dar dacă soluționarea cererii dumneavoastră va necesita o prelungire a acestui termen, vă vom anunța asupra acestui fapt.

Pentru a putea exercita drepturile descrise mai jos, vă rugăm să utilizați formularul de cerere corespunzător dreptului respectiv, disponibil pe website-ul Metropolitan Life sau contactați-ne:

- la adresa de e-mail: protectiadatelor@metropolitanlife.ro;
- la registratura companiei sau pe cale poștală la adresa Metropolitan Life, menționată în secțiunea [Cine suntem noi?](#)

Accesarea datelor personale

La ce date puteți să solicitați accesul?

Aveți dreptul:

- să obțineți o confirmare de la noi că prelucrăm datele dumneavoastră personale;
- să aveți acces la datele dumneavoastră personale;
- să aveți acces la alte date personale ale dumneavoastră, pe care le deținem (mare parte din ele sunt menționate în această Politică de prelucrare a datelor personale).

Aveți posibilitatea de a solicita copii ale înregistrărilor pe suport hârtie și electronice (inclusiv apelurile telefonice înregistrate, acolo unde este cazul) despre dumneavoastră, pe care le deținem, le dezvăluim sau le folosim. Pentru a soluționa cererea dumneavoastră, este posibil să vă solicităm o dovadă a identității dumneavoastră și a unor date personale suplimentare, pentru a ne permite să identificăm datele personale pe care le solicitați.

În ce cazuri nu vi se va acorda accesul la datele personale?

Vă putem furniza doar informațiile care vă privesc, nu și datele altei persoane. De asemenea, în cazul în care accesul ar afecta negativ drepturile unei alte persoane, nu avem obligația de a vă da accesul la date. Din cauza limitărilor legale este posibil să nu vă putem arăta informațiile pe care le-am aflat despre dumneavoastră, dacă au legătură cu o procedură judiciară.

Vă rugăm să specificați clar în cererea de acces, datele personale pe care le solicitați. Dacă acestea nu reies în mod clar, este posibil să revenim la dumneavoastră pentru a vă solicita noi date personale pentru clarificarea cererii.

Corectarea datelor personale

Aveți dreptul de a obține de la noi, fără întârzieri nejustificate, corectarea datelor dumneavoastră personale inexacte. Dacă ne aduceți la cunoștință că datele personale pe care le deținem despre dumneavoastră sunt incorecte, vom examina solicitarea și vom face corecturile necesare, dacă vom concluziona că solicitarea dumneavoastră este întemeiată. În cazul în care informațiile pe care le deținem nu sunt în acord cu cele oferite de dumneavoastră, vom reveni pentru clarificări. Dacă considerați că înregistrările noastre sunt în continuare incorecte, puteți să ne comunicați în scris acest fapt și vom include declarația dumneavoastră atunci când vă vom dezvălui datele către persoane din afara Metropolitan Life. Ne puteți contacta utilizând detaliile din secțiunea [Cum să obțineți mai multe informații?](#)

De asemenea, aveți dreptul să vă fie completate datele personale, în cazul în care acestea sunt incomplete, inclusiv prin furnizarea unei declarații suplimentare, indiferent dacă acest lucru este sau nu adecvat în anumite cazuri, în funcție de scopurile pentru care datele dumneavoastră personale sunt prelucrate.

Trebuie să informăm orice terțe părți cărora le transmitem datele dumneavoastră personale că ați făcut o solicitare de corectare a datelor (consultați secțiunea [De ce avem nevoie de datele dumneavoastră personale?](#)). Vom lua măsuri rezonabile pentru a face acest lucru, dar dacă nu este posibil sau presupune eforturi disproporționate, este posibil să nu ne putem asigura că aceste terțe părți corectează datele personale pe care le dețin.

Cum puteți accesa și corecta datele dumneavoastră personale?

Veți avea acces la datele personale pe care le deținem despre dumneavoastră și aveți posibilitatea să luați măsuri pentru a corecta orice informații inexacte, dacă ne transmiteți o solicitare scrisă, exceptând situația în care datorită limitărilor legale nu vă putem arăta informațiile pe care le deținem despre dumneavoastră, dacă au legătură cu o investigație sau o procedură judiciară.

Ștergerea datelor personale

Când puteți solicita ștergerea?

În limitele menționate în secțiunea *Când putem refuza solicitările de ștergere?*, aveți dreptul să vă fie șterse datele personale și ca acestea să nu mai fie utilizate, atunci când:

- datele personale nu mai sunt necesare pentru scopurile în care au fost inițial colectate/ prelucrate;
- vă retrageți consimțământul (în cazul în care l-ați furnizat anterior și ne-a fost necesar pentru a putea prelucra astfel de date);
- aveți o obiecție asupra Prelucrării, iar interesele noastre legitime de a continua prelucrarea lor nu prevalează;
- am procesat datele dumneavoastră personale cu încălcarea legislației privind protecția datelor;
- datele personale trebuie să fie șterse pentru a ne conforma unei obligații legale.

Când putem refuza solicitările de ștergere?

Dreptul de ștergere nu se aplică în cazul în care informațiile dumneavoastră sunt procesate din anumite motive specifice, inclusiv pentru exercitarea drepturilor sau formularea apărărilor cu privire la orice pretenție, proces sau procedură judiciară.

Vă rugăm să rețineți că din momentul în care vom șterge datele dumneavoastră personale, nu vom mai avea posibilitatea să vă oferim asigurări sau alte produse și servicii din partea Metropolitan Life, atât timp cât ar trebui să prelucrăm datele pentru administrarea, gestionarea sau furnizarea acestora.

Informarea altor destinatari ai datelor dumneavoastră personale cu privire la solicitarea dumneavoastră de ștergere a datelor personale

În cazul în care am furnizat unor terțe părți datele cu caracter personal pe care doriți să le ștergeți (a se vedea secțiunea *De ce avem nevoie de datele dumneavoastră personale?*), trebuie să le informăm pe acestea cu privire la solicitarea dumneavoastră de ștergere, astfel încât să poată șterge datele personale în cauză. Vom lua măsuri rezonabile în acest sens, cu toate acestea nu poate fi întotdeauna posibil sau poate presupune eforturi disproporționate.

De asemenea, este posibil ca destinatarul să nu fie obligat sau să nu vă poată șterge datele personale, deoarece se aplică una dintre excepțiile de mai sus – vedeți secțiunea *Când putem refuza cererile de ștergere?*.

Restricționarea Prelucrării datelor personale

Când este disponibilă restricționarea?

- în cazul în care nu sunteți de acord cu exactitatea informațiilor, trebuie să restricționăm prelucrarea acestora, până când vom verifica exactitatea informațiilor;
- atunci când prelucrarea este ilegală, însă vă opuneți ștergerii și solicitați restricționarea;
- dacă nu mai avem nevoie de datele dumneavoastră personale, dar aveți nevoie de acestea pentru a stabili sau a exercita apărările într-o procedură judiciară;
- în cazul în care v-ați opus Prelucrării în circumstanțele detaliate în paragraful (a) din secțiunea *Opoziția la prelucrarea datelor personale* și vom considera că aceste interese ar trebui să aibă prioritate.

Informarea altor destinatari ai datelor dumneavoastră personale despre restricționare

În cazul în care am dezvăluit datele dumneavoastră personale relevante unor terțe părți, trebuie să le informăm cu privire la restricționarea Prelucrării informațiilor dumneavoastră, astfel încât acestea să nu continue prelucrarea lor.

Vom lua măsuri rezonabile în acest sens, cu toate acestea nu poate fi întotdeauna posibil sau poate presupune eforturi disproporționate. De asemenea, vă vom informa dacă decidem să ridicăm o restricție privind prelucrarea datelor dumneavoastră personale.

Portabilitatea datelor personale

Când este aplicabil dreptul la portabilitatea datelor?

Dreptul la portabilitatea datelor se aplică:

- doar datelor personale pe care dumneavoastră ni le-ați furnizat (nu și altor informații);
- în cazul în care prelucrarea se bazează pe consimțământul dumneavoastră sau pe derularea contractului pe care îl avem cu dumneavoastră;
- atunci când prelucrarea se face prin mijloace automate.

Când putem refuza solicitările privind portabilitatea datelor?

Putem refuza solicitarea dumneavoastră de portabilitate a datelor dacă prelucrarea nu îndeplinește criteriile menționate mai sus. De asemenea, dacă datele personale privesc mai mult de o persoană, este posibil să nu vi le putem transfera, dacă acest lucru ar aduce atingere drepturilor persoanei respective.

Opoziția la prelucrarea datelor personale

Aveți posibilitatea de a vă opune Prelucrării în următoarele cazuri:

(a) Interese legitime

Aveți dreptul, din motive legate de situația dumneavoastră particulară, să vă opuneți în orice moment prelucrării datelor dumneavoastră personale, în cazul în care prelucrarea se bazează pe un interes legitim.

Dacă vă putem demonstra că avem motive legitime fundamentate pentru a prelucra datele dumneavoastră personale, care depășesc interesele, drepturile și libertățile dumneavoastră sau avem nevoie de acestea pentru a constata, exercita drepturi sau formula apărări cu privire la orice pretenție, proces sau procedură judiciară, putem continua să le procesăm. În caz contrar, va trebui să oprim utilizarea informațiilor relevante.

(b) Marketing direct

Aveți dreptul de a refuza în orice moment prelucrarea datelor dumneavoastră personale în scop de marketing direct (inclusiv creării de profiluri, în măsura în care este legată de marketing-ul direct respectiv).

Dacă v-ați înscris pentru a primi de la noi comunicări despre produsele și serviciile companiei prin e-mail, puteți să dezactivați primirea acestora în orice moment, gratuit, făcând click pe link-ul de dezabonare din partea de jos a mesajului. De asemenea, puteți alege să renunțați la primirea materialelor de marketing de la noi, contactându-ne la datele de contact menționate din secțiunea *Cum să obțineți mai multe informații?*.

Procesul decizional individual automatizat și crearea de profiluri

Aveți dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv crearea de profiluri, care produce efecte juridice în ceea ce vă privește sau vă afectează în mod similar într-o măsură semnificativă.

Așa cum am explicat în această Politică de prelucrare a datelor personale, noi folosim tehnologii care fac asta. (Vedeți *“De ce avem nevoie de datele dvs. personale?”*). Procedăm astfel doar dacă am obținut consimțământul dumneavoastră explicit în acest scop.

Deși suntem încrezători că tehnologia funcționează, înțelegem că nu toată lumea se simte confortabilă cu decizii rămase pe deplin în seama tehnologiei. Acesta este motivul pentru care puteți solicita intervenția umană, ne puteți spune punctul dumneavoastră de vedere sau puteți contesta decizia dacă considerați că tehnologia noastră a greșit.

GLOSAR

Operator este persoana fizică sau juridică care, singur sau împreună cu altele, stabilește scopurile și mijloacele de **prelucrare** a datelor cu caracter personal.

Brokeri de asigurare sunt intermediari care negociază pentru clienții lor încheierea de contracte de asigurare cu societățile de asigurări, conform cerințelor acelor clienți.

Agenți de asigurare sunt intermediari împuterniciți de o societate de asigurări, pentru ca în numele și în contul acesteia, să încheie contracte de asigurare cu clienții.

Clauze contractuale standard sunt clauze contractuale tip aprobate de Comisia Europeană, care asigură garanții adecvate pentru transferul datelor personale, în afara Spațiului Economic European.

Date personale (date cu caracter personal) se referă la orice informații personale ce privesc o persoană fizică care poate fi identificată sau identificabilă, direct sau indirect, prin raportare la acele informații.

Prelucrare înseamnă orice operațiune sau set de operațiuni efectuate asupra datelor personale, cum ar fi colectarea, înregistrarea, organizarea, structurarea, stocarea, adaptarea sau modificarea, extragerea, consultarea, utilizarea, divulgarea prin transmitere, diseminarea sau punerea la dispoziție în orice alt mod, alinierea sau combinarea, restricționarea, ștergerea sau distrugerea.

Reasigurătorul furnizează asigurări unei alte societăți de asigurări, astfel încât aceasta să își poată gestiona eficient riscurile.

Categorii speciale de date sunt date personale care pot dezvălui originea rasială sau etnică, opiniile politice, confesiunea religioasă sau convingerile filozofice, apartenența la sindicate a unei persoane fizice, date genetice sau biometrice, date privind sănătatea, viața sexuală sau orientarea sexuală ale unei persoane fizice.

Parteneri marketing direct sunt terțe părți care ne pun la dispoziție liste cu nume și date de contact în scopuri de marketing direct.

Decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată este persoana fizică sau juridică care, se referă la deciziile obținute prin analiză computerizată, inclusiv **Crearea de profiluri**, fără revizuirii sau verificări efectuate printr-o intervenție umană și care se bazează pe încadrarea sau neîncadrarea informațiilor furnizate în anumite criterii predefinite.

Crearea de profiluri înseamnă orice formă de prelucrare automată a datelor personale care constă în utilizarea acestora pentru a analiza sau prevedea anumite aspecte ale vieții personale, ex. situația economică, sănătatea, preferințele personale, interesele, fiabilitatea sau comportamentul.

- Asigurarea Medic Plus -

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. Prin intermediul acestui kit îți oferim informații despre cum poți solicita o despăgubire și ce documente sunt necesare, în funcție de evenimentele asigurate.

Cum soliciți o despăgubire în doar 2 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.

Pasul 2:

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 completată și semnată de Asigurat/Beneficiar sau reprezentatul legal al acestuia în formatul cerut de Societatea de Asigurări, 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 precum și a reprezentatului legal după caz. În cazul Asiguratului/Beneficiarului minor – Certificatul de naștere:
 - ▶ 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 cuvenită 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).
 - documentele medicale din care să reiasă data accidentului care produce direct sau indirect evenimentul asigurat;
 - ▶ 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 despăgubirile va fi soluționată în maxim 20 de zile calendaristice, iar scrisoarea cu decizia finală va fi transmisă prin e-mail sau la adresa poștală comunicată.

Cum se efectuează plata?

Pentru Asiguratul Principal Indemnizațiile de Asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în contul deschis pe numele Asiguratului Principal, conform extrasului de cont atașat la momentul înregistrării solicitării de despăgubire. 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.

Informații privind Agentul de Asigurare

Denumirea: SERVICE 800 CONTACT CENTER – AGENT DE ASIGURARE S.R.L.; Cod RAJ Agent: 500268	Adresa: Bld. Tudor Vladimirescu, Nr. 22, Sect. 5, București Adresa de mail: <u>service800@teleperformance.com</u>
--	--

Agentul de Asigurare desfășoară activitatea de intermediere în asigurări conform prevederilor legale aplicabile în vigoare, având încheiat în acest sens un contract de agent de asigurare cu Societatea de Asigurări MetLife Europe Designated Activity Company, cu sediul în Strada Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată în Oficiul Registrului Societăților din Dublin cu nr. 415123, prin sucursala sa din România Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, cu sediul social în Bd. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, et. 4, sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului de pe lângă Tribunalul București sub J40/135/07.01.2016, având cod unic de identificare 35383464 (Metropolitan Life).

Verificarea înscrierii agentului de asigurare în Registrul intermediarilor în asigurări se poate efectua pe pagina oficială de internet a Autorității de Supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor, accesând următorul link: <https://asfromania.ro/> precum și pe www.metropolitanlife.ro.

Clasele de asigurări, conform Anexei 1 a Legii nr. 237/2015, intermediare de agentul de asigurare pentru Societatea de Asigurări Metropolitan Life sunt următoarele: C.1 Asigurări de viață, anuități și asigurări de viață suplimentare; C3 Asigurări de viață și anuități care sunt legate de fonduri de investiții; A1 Asigurări de accidente; A2 Asigurări de sănătate.

Agentul de asigurare nu deține direct sau indirect drepturi de vot sau acțiuni ori părți sociale care cumulate să reprezinte cel puțin 10% din capitalul social al Societății de Asigurare ori care îi conferă acestuia cel puțin 10% din totalul drepturilor de vot în adunarea generală a acționarilor ori asociaților a Societății de Asigurare.

Societatea de Asigurări nu deține direct sau indirect drepturi de vot sau acțiuni ori părți sociale care cumulate să reprezinte cel puțin 10% din capitalul social al Agentului de Asigurare persoană juridică ori care îi conferă acestuia cel puțin 10% din totalul drepturilor de vot în adunarea generală a acționarilor ori asociaților Agentului de Asigurare persoană juridică.

Societatea de Asigurări plătește Agentului un comision de intermediere raportat la produsul de asigurare vândut.

Agent de Asigurare:

Andreea-Cosmina Axenie

Administrator



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