

Carrefour Care Extra

Termeni și condiții ale programului de asigurare



Pășim prin viață împreună



Cuprins

Condiții generale

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

Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri – Carrefour Care Extra

Condiții generale

Definiții

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

GRUP ELIGIBIL înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români, ce pot beneficia de protecția prin asigurare prevăzută în prezentele condiții de asigurare, constituit din titularii de carduri de credit Carrefour, care și-au exprimat acordul de a participa la Programul de asigurare oferit de prezentele condiții contractuale în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și care acceptă Serviciul de prelevare automată oferit gratuit de Instituția Financiară emitentă a cardului de credit, special pentru plata primelor de asigurare și care au vârsta maximă de 64 (șaizecișipatru) de ani la data intrării în vigoare a acoperirii individuale (pentru opțiunea Asigurare Individuală), cât și membrii familiilor acestora, astfel cum sunt definiți în prezentele condiții contractuale pentru opțiunea Asigurare Extinsă (pentru familie).

Este considerată membru al Grupului Eligibil și persoana care la data intrării în vigoare a acoperirii individuale prezintă Invaliditate parțială permanentă. Persoanele care prezintă Invaliditate totală permanentă nu sunt eligibile.

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

PERSOANE ASIGURATE: Asiguratul Principal și Asiguratul Subsidiar.

ASIGURATUL PRINCIPAL înseamnă oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de acoperire individuală în prezentele condiții de asigurare și care:

- este titularul unui card de credit Carrefour;
- a confirmat primirea setului de documente ce conține Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare, care fac parte integrantă din acesta, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile procedurale stabilite de Părți, oferta de asigurare și înscrierea în Programul de asigurare de Grup stabilit prin prezentele condiții de asigurare, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (pentru familie);
- a fost eligibil pentru înscrierea în Programul de asigurare oferit acestuia în baza prezentelor condiții contractuale, ceea ce înseamnă că a declarat telefonic faptul că nu se încadrează într-una dintre categoriile de neeligibilitate din "Chestionarul de sănătate", comunicate în cuprinsul convorbirii telefonice, înainte de prezentarea propriu-zisă a Produsului de asigurare;
- are maximum 64 (șaizecișipatru) de ani la data înscrierii în Programul de asigurare de Grup;
- a confirmat telefonic acceptarea Serviciului de prelevare automată a primelor de asigurare și a autorizat telefonic Instituția Financiară emitentă a cardului de credit să plătească în numele său și pentru el, lunar, la Data Scadentă, primele de asigurare din contul corespunzător cardului de credit Carrefour și să le transfere către Societatea de Asigurări, în conformitate cu prevederile prezentelor condiții contractuale.

Acoperirea individuală se poate extinde asupra membrilor familiei Asiguratului Principal, în calitate de **ASIGURAȚI SUBSIDIARI**, dacă:

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

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

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

ASIGURAREA EXTINSĂ (pentru familie) înseamnă contractul de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal în baza prezentelor condiții contractuale, prin care se oferă protecție (Acoperire Individuală) atât Asiguratului Principal,

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

BENEFICIAR înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului Asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de asigurare. Beneficiarul este însăși Persoana Asigurată.

RISC/EVENIMENT ASIGURAT. În baza prezentelor condiții contractuale este asigurat riscul de intervenție chirurgicală ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri.

CERTIFICATUL DE ASIGURARE reprezintă contractul de asigurare al Persoanei Asigurate în calitate de Asigurat Principal ori, după caz, de Asigurat Subsidiar, respectiv documentul semnat de către Societatea de Asigurări conform prevederilor Codului Civil, care va fi pus la dispoziția fiecărei persoane din Grupul Eligibil, care și-a exprimat acordul telefonic, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, de a primi documentele de asigurare, care certifică înscrisura în asigurare și calitatea de Persoană Asigurată și care stabilește data încheierii contractului de asigurare. Termenii și condițiile de asigurare sunt atașate și fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Asiguratul Principal acceptă ca dovadă a încheierii contractului de asigurare oferit în baza prezentelor condiții de asigurare înregistrarea convorbirii telefonice de înscrisura în asigurare și Certificatul de Asigurare, împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta, precum și acceptarea Serviciului de prelevare automată.

DATA SCADENTĂ reprezintă data fiecărei luni corespunzătoare datei apelului telefonic prin care Asiguratul Principal și-a dat acordul expres pentru primirea documentelor privind Programul de asigurare și a încheiat contractul privind Serviciul de prelevare automată ori după caz, ziua lucrătoare anterioară Datei Scadente, dacă aceasta este o zi nelucrătoare în luna respectivă și/sau dacă Data Scadentă este de 29, 30 sau 31 ale lunii, în lunile care nu au o dată corespunzătoare.

PLATA PRIMEI DE ASIGURARE este în sarcina Asiguratului Principal, care trebuie să asigure în contul corespunzător cardului de credit Carrefour, din care se face plata primei de asigurare, disponibilul necesar plății primelor de asigurare, astfel încât Instituția Financiară emitentă (BRD Finance IFN S.A.) să poată transfera automat la Data Scadentă din contul Asiguratului Principal sumele solicitate de către Societatea de Asigurări. Prin semnarea confirmării de primire a documentelor de asigurare și a Termenilor și condițiilor Serviciului de prelevare automată și a acceptului privind plata primelor de asigurare prin Serviciul de prelevare automată, Asiguratul Principal își exprimă acordul expres pentru acceptarea acestui Serviciu pentru plata primelor de asigurare, oferit în mod gratuit de BRD Finance IFN S.A. Asiguratul Principal a optat telefonic ca BRD Finance IFN S.A. să efectueze din contul său corespunzător cardului de credit Carrefour, în fiecare lună, operațiunile de plată inițiate de Societatea de Asigurări pentru plata automată a sumelor reprezentând primele de asigurare datorate de Asiguratul Principal Societății de Asigurări, la Data Scadentă, care este prevăzută în Certificatul de Asigurare (“Data Scadentă a primei de asigurare”).

Asiguratul Principal va primi într-un termen aproximativ de 2 (două) săptămâni de la momentul apelului telefonic, un plic în care va regăsi toată documentația contractuală legată de produsul de asigurare și modalitatea de plată pentru produsul de asigurare care i-a fost prezentat telefonic, respectiv: Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta, acceptul privind plata primei de asigurare prin Serviciul de prelevare automată pentru plata primelor de asigurare, Termenii și condițiile Serviciului de prelevare automată, care confirmă acordul Asiguratului Principal de a participa la Programul de asigurare și o scrisoare din partea Carrefour. Data la care Asiguratul Principal semnează documentul care include confirmarea de primire a documentelor de asigurare și exprimarea acordului privind încheierea asigurării reprezintă data la care se activează acoperirea, acesta având obligații la plată după perioada de gratuitate.

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

PLĂTITORUL PRIMELOR DE ASIGURARE este Asiguratul Principal care are obligația să asigure și să mențină în contul corespunzător cardului de credit Carrefour emis de BRD Finance IFN S.A. disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata integrală a primei de asigurare la Data Scadentă, pe toată durata de valabilitate a Programului de asigurare pentru care a optat.

LUNA DE ASIGURARE reprezintă perioada cuprinsă între Data Scadentă și data corespunzătoare din luna calendaristică următoare.

SUMA ASIGURATĂ sau **INDEMINIZAȚIA DE ASIGURARE** înseamnă suma specificată în cuprinsul acestor condiții contractuale, așa cum va fi menționată și în Certificatul de Asigurare și în Termenii și condițiile prevăzute în acesta și reprezintă suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Persoanei Asigurate în cazul producerii Riscului Asigurat.

CONFIRMAREA DE PRIMIRE extinsă reprezintă documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și a Termenilor și condițiilor Serviciului de prelevare automată și exprimarea acordului privind încheierea asigurării, precum și a plății acesteia prin Serviciul de prelevare automată.

ÎMBOLNĂVIRE înseamnă o modificare diagnosticată medical a stării de sănătate fizică, necauzată de un accident, manifestată pentru prima dată după data intrării în vigoare a asigurării.

ACCIDENT înseamnă un eveniment care a avut ca rezultat o Vătămare Corporală detectabilă din punct de vedere medical, cu condiția ca această vătămare să nu fi fost intenționată din partea Persoanei Asigurate, să fi fost suferită în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale/Extinse (astfel cum este definită în prezentele condiții de asigurare) acordată în baza prezentelor condiții de asigurare și să fi fost cauzată de forțe externe, necontrolabile de către Persoana Asigurată, indiferent de oricare alte condiții.

VĂTĂMARE CORPORALĂ înseamnă orice vătămare fizică a corpului Persoanei Asigurate, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un accident, cu condiția ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a acoperirii individuale.

CONDIȚIE PREEXISTENTĂ înseamnă o condiție pe baza căreia s-a primit îngrijire, tratament sau aviz de la un Medic sau care a fost contactată ori s-a manifestat înainte de data intrării în vigoare a acoperirii individuale.

SPITAL înseamnă un stabiliment care îndeplinește toate condițiile următoare: (1) deține licența de spital, dacă licența este cerută de către jurisdicția locală sau guvernamentală; (2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau 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 unul sau mai mulți Medici disponibili permanent; (5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și intervenții chirurgicale majore; (6) nu este, cu titlu principal, o policlinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescență sau un alt stabiliment similar și nu este, astfel decât în mod incidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenți de droguri; (7) dispune de un echipament pentru raze X și de facilitățile aferente de funcționare.

SPITALIZAT înseamnă o persoană care este internată într-un Spital ca pacient rezident timp de cel puțin 1 (una) noapte, cu serviciu complet de masă și cazare.

MEDIC înseamnă o persoană autorizată legal pentru a practica medicina și/sau chirurgia, alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia, până la gradul 2 inclusiv.

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

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, compensații, pentru tot restul vieții.

Obiectul contractului

Societatea de Asigurări oferă Persoanelor Asigurate protecție pentru Riscurile Asigurate sub rezerva și în condițiile prevederilor, excluderilor, limitărilor, rezervelor și declarațiilor din cuprinsul prezentelor condiții de asigurare.

Asigurarea stipulată de prezentele condiții contractuale se referă doar la tipurile de asigurare care sunt indicate printr-o sumă specifică, menționată în cuprinsul acesteia.

Data intrării în vigoare a acoperirii individuale

Intrarea în vigoare a Acoperirii Individuale a Persoanelor Asigurate, în temeiul prezentelor condiții de asigurare, începe după cum urmează:

- (a) pentru Asiguratul Principal, la data (în momentul) semnării confirmării de primire a Certificatului de Asigurare și a Termenilor și condițiilor de asigurare, care fac parte integrantă din acesta, precum și a acceptului privind plata primei de asigurare prin Serviciul de prelevare automată;
- (b) pentru Asigurații Subsidiari, la data la care sunt întrunite cu privire la persoana lor toate condițiile menționate de mai sus.

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 de asigurare, ce se transmit în urma acordului telefonic, oferindu-i-se o perioadă de gratuitate la plata primei de asigurare, care se va calcula o singură dată de la momentul semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare. Această perioadă de gratuitate cuprinde perioada dintre data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare de către Asiguratul Principal și prima dată corespunzătoare apelului telefonic, după o perioadă de minimum 1 (una) lună, maximum 2 (două) luni de la data semnării confirmării de primire a documentelor, prin care Asiguratul Principal confirmă înscrisura în Programul de asigurare, reglementat de prezentele condiții contractuale.

După expirarea acestei perioade de gratuitate, Persoana Asigurată beneficiază de asigurare prin debitarea automată a contului corespunzător cardului de credit Carrefour al Asiguratului Principal, cu valoarea primei de asigurare, doar cu condiția primirii de către Societatea de Asigurări a confirmării de primire a documentelor privind asigurarea (Termenii și condițiile asigurării și Certificatul de Asigurare) de către Asiguratul Principal și care prezintă dovada înscrierii în Programul de asigurare. În caz de neexistență a dovezii privind primirea acestor documente de către Asiguratul Principal, asigurarea nu se activează și nu se va debita contul corespunzător cardului de credit Carrefour al Asiguratului Principal cu valoarea primei de asigurare.

Acoperirea Individuală este valabilă o lună de asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunar la Data Scadentă. În cazul neplătii primei de asigurare la Data Scadentă, acoperirea individuală se suspendă pentru luna de asigurare neplătită și se reia prin plata primei la Data Scadentă, pentru luna de asigurare următoare.

Teritoriul și durata acoperirii individuale

Acoperirea Individuală este valabilă în întreaga lume, 24 din 24 de ore, 365 de zile pe an, atât timp cât Asiguratul Principal a plătit prima de asigurare datorată, dacă nu se menționează altfel în prezentele condiții de asigurare.

Acuratețea declarațiilor

Orice fraudă, declarație falsă sau omisiune care afectează acoperirea individuală contractată în baza acestei asigurări, va atrage încetarea de drept a respectivei acoperiri individuale, urmând ca toate Indemnizațiile de asigurare ce s-ar fi cuvenit Beneficiarului să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie.

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

Fapt material

În cazul în care vârsta, Invaliditatea Permanentă, tulburările psihice sau funcționale ale oricăreia dintre Persoanele Asigurate diferă în mod substanțial de cele acoperite sub această asigurare, Persoanei Asigurate nu i se va plăti Indemnizația de asigurare în condițiile acoperirii individuale/acoperirii extinse.

Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a aproba și de a plăti o Indemnizație de asigurare în cazul constatării diferențelor specificate mai sus. Indemnizația de asigurare se va calcula proporțional cu primele de asigurare plătite efectiv, în conformitate cu regulile privind evaluarea Riscului Asigurat pe care Societatea de Asigurări le folosește în legătură cu riscurile corespunzătoare.

Plata primei

Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentă (menționată în Certificatul de Asigurare), pentru luna de asigurare imediat următoare, prin debitarea contului în Lei, corespunzător cardului de credit Carrefour, în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă, fiecare dintre ele în varianta Standard sau Premium), cu condiția existenței dovezii privind confirmarea primirii documentelor privind asigurarea cu plata primelor de asigurare prin Serviciul de prelevare automată, astfel:

Tip acoperire	Prima lunară lei/Standard	Prima lunară lei/Premium
Asigurare Individuală	18,00	27,00
Asigurare Extinsă	26,00	40,00

Plata primelor de asigurare de către Asigurații Principali se realizează prin Serviciul de prelevare automată contractat de către aceștia de la Instituția Financiară emitentă a cardurilor de credit Carrefour, în baza căruia Instituția Financiară prelevează din limita de creditare disponibilă pe cardul de credit Carrefour primele de asigurare conform instrucțiunilor inițiate de Societatea de Asigurări, lunar, la Data Scadentă a primei de asigurare, menționată în Certificatul de Asigurare și așa cum este definită mai sus.

Prima de asigurare se plătește lunar, anticipat, pentru luna de asigurare următoare. Dacă la Data Scadentă soldul contului în Lei corespunzător cardului de credit Carrefour din care se face plata primei nu permite plata integrală într-o singură tranșă a primei de asigurare, cu excepția perioadei de gratuitate, acoperirea încetează pentru luna de asigurare respectivă, suma insuficientă nefiind retrasă. Acoperirea va reîncepe pentru următoarele luni de asigurare, dacă prima de asigurare corespunzătoare acestora a fost plătită integral. Perioada maximă de suspendare este de 6 (șase) luni

de asigurare consecutive, după care asigurarea se reziliază de plin drept, fără îndeplinirea vreunei formalități și fără intervenția instanțelor de judecată, prin simpla neexecutare a obligației de plată a primei de asigurare pentru 6 (șase) luni de asigurare consecutive.

Această asigurare nu are componentă de investiții, valoare de răscumpărare și nici perioadă de grație, iar valoarea primelor achitate nu se restituie la încetarea acoperirii prin asigurare.

Acordarea indemnizațiilor de asigurare

Valoarea Indemnizației de asigurare va fi cea corespunzătoare tipului de asigurare pentru care a optat Asiguratul Principal și nivelului de primă care a fost achitată astfel:

Riscuri Asigurate	Standard			Premium		
	Individual	Familie		Individual	Familie	
	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/Soție și copil/copii	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/Soție și copil/copii
Intervenție chirurgicală din Îmbolnăvire	% 4.000	% 4.000	-	% 6.000	% 6.000	-
Intervenție chirurgicală din Accident	% 8.000	% 8.000	%16.000	%12.000	%12.000	% 26.000

Beneficiu chirurgical ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri

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 proceduri chirurgicale necesare, prestată de un Medic, Societatea de Asigurări va plăti o Indemnizație de asigurare pentru costul procedurii, limitată la Procentajul din beneficiul maxim, specificat în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale, pentru intervenția chirurgicală efectuată.

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

Pentru orice procedură nespecificată în Tabelul de Plăți pentru Intervenții chirurgicale, Societatea de Asigurări va indemniza prin analogie cu o procedură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Societății de Asigurări, cu excepția cazului când acea operație este exclusă în mod expres printr-o clauză cuprinsă în prezentul document.

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

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

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

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

În cazul în care Societatea de Asigurări va considera necesar, Persoana Asigurată se va prezenta la un control medical

pentru examinarea oricăror Vătămari Corporale, costurile aferente fiind suportate de către Societatea de Asigurări. După survenirea oricărei Vătămari Corporale, Persoana Asigurată va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea obținerii și urmării recomandărilor primite, iar Societatea de Asigurări nu va fi responsabilă pentru consecințele apărute în urma refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate.

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

Indemnizația de asigurare se plătește de către Societatea de Asigurări în orice cont indicat de către Asiguratul Principal, deschis la Instituția Financiară emitentă a cardului de credit Carrefour sau după caz, în alt cont indicat de către Persoana Asigurată.

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

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

Modificarea acoperirii individuale

După data începerii acoperirii individuale Asiguratul Principal poate solicita oricând pe durata contractului de asigurare modificarea variantei pentru care a optat inițial și implicit, a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), de luni până vineri, între orele 09:00 – 18:00.

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

Încetarea asigurării contractate de Asiguratul Principal

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

1. la 3 (trei) ani de la data încetării din orice cauză a Poliței de Grup, în temeiul căreia s-a emis Certificatul de Asigurare;
2. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare în cazul în care se încheie contul corespunzător cardului de credit Carrefour, desemnat pentru plata primelor sau se renunță la Serviciul de prelevare automată;
3. în ziua în care Asiguratul Principal împlinește vârsta maximă admisă de 65 (șaizecișicinci) de ani;
4. la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta asigurării contractate;
5. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate 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 momentul primirii confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și Serviciul de prelevare automată, semnată de Asiguratul Principal și până la prima Dată Scadentă, indiferent de varianta asigurării contractate.

(b) Societatea de Asigurări, fiind informată cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevăzute mai sus, se obligă să informeze Carrefour și Instituția Financiară emitentă a cardului de credit Carrefour cu privire la acest eveniment și la necesitatea încetării prelevării automate a contului corespunzător cardului de credit Carrefour deschis la ultima dintre ele.

Asiguratul Principal are dreptul de a denunța unilateral asigurarea contractată în termen de 30 (treizeci) de zile calculat de la data primirii Certificatului de Asigurare, conținând Termenii și condițiile asigurării, fără plata vreunei penalități și cu restituirea eventualelor prime plătite înăuntrul acestui termen de denunțare unilaterală.

Contractul poate fi denunțat oricând și după îndeplinirea termenului de denunțare unilaterală, însă primele de asigurare plătite până la acel moment nu vor fi restituite. Orice notificare de denunțare unilaterală se va depune la sediul Societății de Asigurări și va trebui să conțină datele de identificare ale Asiguratului Principal, numărul Certificatului de Asigurare

și semnătura acestuia. Asigurarea contractată poate fi denunțată și telefonic la numărul de telefon dedicat 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), apelabil de luni până vineri, între orele 09:00 – 18:00.

Încetarea acoperirii individuale nu va afecta nicio pretenție la Indemnizația de asigurare formulată ulterior intervenirii oricăruia dintre cazurile de încetare, dacă îmbolnăvirea sau accidentul s-a produs în perioada cât acoperirea individuală era în vigoare și este în concordanță cu Termenii și condițiile din prezentele condiții contractuale.

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

Asiguratul Principal poate solicita încetarea asigurării cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data Scadentă a primei de asigurare, formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 0314.137.909 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS & RDS), apelabil de luni până vineri, între orele 09:00 – 18:00. Ca urmare a unei astfel de cereri asigurarea încetează odată cu cererea telefonică a Asiguratului Principal și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Societatea de Asigurări va fi considerată neautorizată.

În cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării la o dată ulterioară datei menționate mai sus, prima de asigurare nu se va restitui.

Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste condiții nu se vor aplica îmbolnăvirilor sau Vătămărilor Corporale cauzate sau provocate de sau prin:

- a. război sau război civil, evenimente violente, cum ar fi revoluții, rebeliuni, lovituri de stat, starea de urgență, aplicarea legii marțiale, carantina, radiații nucleare sau folosirea energiei nucleare pe timp de pace sau război;
- b. acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate;
- c. folosirea de către Persoana Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise de către Medici autorizați;
- d. consumul de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Persoanei Asigurate ce depășește limitele prescrise de legislația referitoare la circulația autovehiculelor pe drumurile publice;
- e. consumul de droguri;
- f. sinuciderea sau tentativa de sinucidere a Persoanei Asigurate, indiferent de starea sa mentală, pe durata primilor 2 (doi) ani de la data intrării în vigoare a asigurării; în caz de sinucidere sau tentativă de sinucidere după cei 2 (doi) ani, Societatea de Asigurări va plăti Indemnizația de asigurare, în funcție de nivelul de prime plătite de către Asiguratul Principal.

Următoarele excluderi sunt aplicabile doar evenimentelor consecință a unui accident, nu și celor consecință a unei îmbolnăviri:

- a. infecții bacteriene sau infecție ce poate să apară pe perioada spitalizării, cu excepția infecției piogenice survenind dintr-o tăiere sau rănire accidentală;
- b. tratamentul medical sau chirurgical, cu excepția aceluia necesar pentru Vătămările Corporale acoperite de aceste condiții și efectuat în perioada menționată în Termenii și condițiile Programului de asigurare.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud de asemenea toate îmbolnăvirile sau Vătămările Corporale survenite în împrejurările următoare:

- a. participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;
- b. participarea activă a Persoanei Asigurate, în calitate de concurent, la orice competiție implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian;
- c. călătoria cu sau conducerea de către Persoana Asigurată a unei motociclete sau scooter de mai mult de 125 cm³, dacă nu se specifică altfel printr-o anexă specială;
- d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager plătitor într-un aparat de zbor ce nu aparține unei societăți de transporturi aeriene, autorizate legal pentru transportul de pasageri plătitori, pe rute programate, regulate și publicate;
- e. serviciul activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;
- f. cauzate direct sau care au legătură cu participarea activă a Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni, a unui act ilegal sau la orice încălcare a legii sau care rezultă din acțiuni de rezistență pe perioada detenției sau arestului;
- g. utilizarea de către Persoana Asigurată, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor, altfel decât ca pasager.

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

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

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

- a. orice anomalie congenitală;
- b. orice afecțiune, deces, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficienței Umane) și/sau orice boală legată de HIV inclusiv SIDA (Sindromul Imuno-Deficienței Dobândite) și/sau orice mutație derivativă sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;
- c. orice tratament pentru oricare afecțiune mintală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihiatrică, depresie mentală;
- d. tratamente de orice natură și orice internări în instituții de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenți, centre de dezintoxicare, etc);
- e. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de un accident;
- f. chirurgie plastică sau cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei Vătămări Corporale;
- g. orice afecțiune sau boală preexistentă;
- h. efectuarea unor investigații medicale de rutină sau de verificare atunci când nu există dovezi concrete privind deteriorarea stării de sănătate, cum ar fi investigațiile de laborator sau examenele radiologice.

Asigurarea pentru intervenții chirurgicale datorate îmbolnăvirii oferă protecție în cazul îmbolnăvirii Persoanei Asigurate, unde îmbolnăvirea este definită ca modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate.

Sarcina, inclusiv nașterea, este considerată stare fiziologică, nu boală, în consecință este exclusă de la plata beneficiilor. Totodată, intervențiile chirurgicale datorate modificării organice sau funcționale a stării normale de sănătate a fătului (ex: întreruperea sarcinii datorată sindromului Down sau nașterea prematură datorată problemelor de sănătate ale copilului, etc.), nu sunt acoperite prin asigurare. Spitalizarea, intervențiile chirurgicale sau invaliditatea datorate îmbolnăvirii (modificarea stării de sănătate) a mamei asigurate (ex: spitalizarea sau invaliditatea temporară datorate diabetului gestațional sau hipertensiunii arteriale gestaționale, intervenția chirurgicală pentru sarcina extrauterină, etc.) sunt acoperite prin această asigurare. Orice intervenții chirurgicale asociate sarcinii normale nu sunt acoperite prin asigurare.

Intervenția chirurgicală cezariană va fi acoperită doar dacă se datorează accidentării sau îmbolnăvirii mamei, orice intervenții chirurgicale programate nefiind acoperite.

Pentru orice eveniment asigurat ce are legătură cu sarcina sau starea de maternitate ce apare în primul an de la data intrării în vigoare a asigurării, Societatea de Asigurari va plăti ca și Indemnizație de asigurare o sumă maximă de 150 Lei/an. Această Indemnizație de asigurare nu se va cumula cu niciun alt beneficiu ce ar putea fi plătit conform acestor condiții contractuale. Începând cu cel de al doilea an calculat de la data intrării în vigoare a asigurării, intervențiile chirurgicale ce au legătură cu sarcina sau starea de maternitate se vor evalua conform procentului de 20% din Suma Asigurată valabilă la momentul producerii evenimentul asigurat.

Nu se va efectua nicio plată în caz de Intervenție chirurgicală corelată cu o îmbolnăvire apărută în primele 90 (nouăzeci) de zile de la data intrării în vigoare a asigurării. În această perioadă vor fi acoperite doar Intervențiile chirurgicale cauzate de un accident.

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

Legea aplicabilă și jurisdicția. Litigii

Prezentului contract i se aplică legislația din România, incluzând, dar nelimitându-se la următoarele acte normative cu modificările și completările ulterioare: Codul Civil al României, Legea nr. 136/1995, Legea nr. 32/ 2000, Legea 237/2015 și orice alte acte emise de autoritatea de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor.

În măsura în care Titularul Poliței/Persoana Asigurată/Reprezentanții legali se consideră vătămați în drepturile izvorâte din prezenta asigurare, se pot adresa Societății de Asigurări cu o reclamație.

Orice reclamație adresată Societății de Asigurări de către Titularul Poliței/Persoana Asigurată/Reprezentanții legali ai acesteia, în legătură cu executarea Contractului de asigurare de Grup va trebui formulată în scris, sub semnătura autorului, cu indicarea obiectului reclamației, a motivelor acestuia, a eventualelor mijloace de probă, a domiciliului și a

datelor de identificare ale autorului (CNP, număr și serie act de identitate, numerele tuturor contractelor la care se referă reclamația) și vor fi depuse personal de către acesta sau transmise prin fax/scrisoare recomandată, cu confirmare de primire, la sediul Societății de Asigurări sau prin e-mail la adresa client@metropolitanlife.ro ori pe site-ul Societății de Asigurări, pe www.metropolitanlife.ro cu condiția completării tuturor câmpurilor obligatorii. Societatea de Asigurări, prin Comitetul de Soluționare a Reclamațiilor, va analiza reclamația și dacă consideră necesar va putea invita autorul la sediul său pentru susținerea reclamației sau va putea solicita acestuia prezentarea de explicații și/sau documente și îi va comunica răspunsul său în termen de 30 (treizeci) de zile de la înregistrarea reclamației, prin fax/scrisoare recomandată cu confirmare de primire. Procedura amiabilă nu constituie o restrângere a dreptului petentului de a se adresa autorităților de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor (Autoritatea de Supraveghere Financiară – A.S.F. și Banca Centrală a Irlandei), autorităților competente în domeniul protecției consumatorului și/sau instanțelor judecătorești competente.

Taxe, impozite și onorarii

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

Forța majoră

Părțile sunt exonerate de răspundere în cazul neexecutării, executării necorespunzătoare sau cu întârziere a obligațiilor contractuale în caz de forță majoră, pe toată durata existenței acesteia.

Prin forță majoră se înțelege un eveniment independent de voința Părților, imprevizibil și insurmontabil, apărut după încheierea Poliței de Grup, care împiedică Părțile să-și execute obligațiile asumate.

Evenimentul de forță majoră se va comunica în scris în termen de 5 (cinci) zile calendaristice de la apariția sa. Documentele oficiale care atestă existența evenimentului de forță majoră certificate de Camera de Comerț și Industrie a României, vor fi comunicate celeilalte Părți în termen de 15 (cincisprezece) zile calendaristice de la data apariției forței majore.

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

Acțiuni în justiție

Nu se va intenta nicio acțiune în justiție pentru plata Indemnizației de Asigurare în baza Acoperirii Individuale,

după expirarea unei perioade de 2 (doi) ani de la data soluționării cererii pentru Indemnizația de Asigurare.

Instanțele competente pentru soluționarea oricăror pretenții izvorâte din prezentul contract sunt cele din

România.

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

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

Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri – Carrefour Care Extra

Descrierea Procedurii Chirurgicale	Procent din Suma Asigurată	Procentajul Maxim (%)
ABDOMEN		
Apendicectomie		35
Rezecție intestinală		70
Rezecție gastrică		70
Gastro - enterostomie		60
Colecistectomie		60
Laparatomie în scop de diagnostic, tratament sau extirparea unuia sau mai multor organe interne		50
<i>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.</i>		
ABCES		
Incizia unuia sau mai multor abcese superficiale sau furuncule		5
Tratamentul unuia sau mai multor abcese care necesită spitalizare		10
AMPUTARE		
Degete de la mână sau picior, fiecare dintre ele		10
Mână, antebraț sau picior până la nivelul gleznei		20
Picior, braț sau coapsă		40
Coapsă până la nivelul articulației șoldului		70
SÂNI		
Amputarea unuia sau ambilor sâni, cu rezecție radicală până în axilă		70
Amputare simplă a unuia sau a ambilor sâni		40
TORACE		
Toracoplastie completă (toracotomie)		100
Lobectomie sau pneumectomie		70
Toracectomie în scop de diagnostic sau pentru tratamentul organelor interne, cu excepția extragerii lichidului		30
Extragerea puroiului, cu excepția extragerii lichidului		10
Pneumotorax artificial		10
Bronhoscopie:		
• pentru diagnostic		10
• operativă, exclusiv biopsie		20
URECHE		
Intervenție chirurgicală asupra timpanului		5
Mastoidectomie radicală, unilateral		50

Mastoidectomie radicală, bilateral	60
Miringotomie uni sau bilaterală	100
ESOFAG	
Intervenție chirurgicală pentru strictură esofagiană	40
Endoscopie	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:	
• Claviculă, omoplat sau antebraț, un singur os	15
• Tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10
• Femur	40
• Humerus	25
• Degete de la mână sau picior, fiecare din acestea, sau o coastă	5
• Antebraț - ambele oase, rotulă, fără să necesite tracțiune	20
• Gambă - ambele oase	30
• Mandibulă	20
• Carpene, metacarpene, piramidă nazală, coaste - două sau mai multe sau stern	10
• Pelvis, fără să necesite tracțiune	30
• Procese transversale vertebrale, fiecare dintre acestea	5
• Vertebre, fractură prin compresie, una sau mai multe	40
• Articulația pumnului	10
Fractură deschisă - cominutivă:	
<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 sau 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	50
Orhitectomie sau epididimectomie	25
Hidrocel sau variocel	10
Intervenție chirurgicală pentru extirparea tumorilor fibroide fără abordare abdominală	20
Cezariană	20

GUȘĂ TIROIDIANĂ

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

HERNIE

Tratament injectabil - ciclu complet:

• Hernie unilaterală	20
• Hernie bilaterală	50

Intervenție chirurgicală radicală, inclusiv metodă 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

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, extragerea unuia sau mai multora	5

Rezecție submucoasă	25
Turbinectomie	10

PARACENTEĂ

Extragere de lichid din:	
• Abdomen	10
• Torace sau vezică, exceptând cateterizarea	5
• Timpan, hidrocel, articulații sau coloană vertebrală	5

RECT

Rezecție radicală de tumori maligne, toate stadiile, inclusiv colostomie	100
Hemoroizi externi, excizie completă	10
Hemoroizi interni, sau interni și externi, inclusiv prolaps rectal, total pentru excizie sau tratament complet prin injectare	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
Indepărtare 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	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	5
• tumori benigne, una sau mai multe, cu excepțiile menționate	10

VENE

Intervenție chirurgicală completă pentru boală varicoasă - procedură completă sau tratament prin injectare:	
• la un picior	20
• la ambele picioare	30

Despre Metropolitan Life, parte din MetLife, Inc.

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

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

www.metropolitanlife.ro

Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, Nr. ORC J40/135/07.01.2016, CUI 35383464, Tel: +4.021.208.41.00/ Fax: +4.021.208.41.04, client@metropolitanlife.ro

sucursală a **MetLife Europe Designated Activity Company**, societate Irlandeză constituită sub forma de „private company limited by shares”, înregistrată în Dublin, Str. Lower Hatch, nr. 20, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062