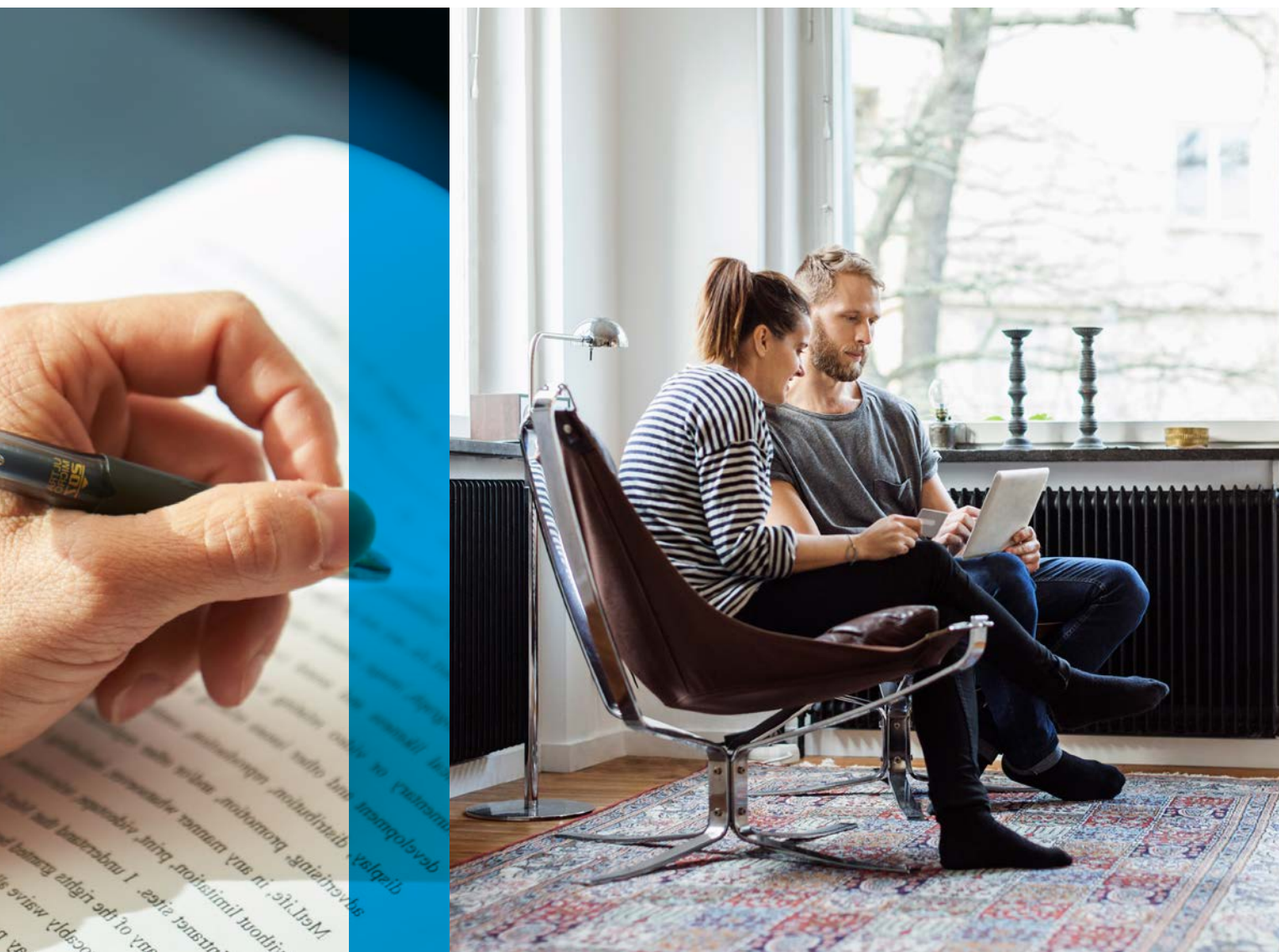


Complet Care

Termeni și condiții ale programului de asigurare



Pășim prin viață împreună



Termeni și condiții ale programului de asigurare Complet Care

Prezentele informații privind termenii și condițiile programului de asigurare “Complet Care” constituie parte integrantă a Certificatului de Asigurare încheiat între **MetLife Europe Designated Activity Company**, o societate irlandeză constituită sub forma de „private company limited by shares”, cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20, 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.

Definiții

POLIȚA DE GRUP/CONTRACTUL DE ASIGURARE DE GRUP – reprezintă contractul încheiat între **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București** (Societatea de Asigurări) și **Garanti Bank** (Contractantul Poliței), ce cuprinde detalii cu privire la Termenii și condițiile Programului de asigurare oferit Grupului Eligibil.

GRUP ELIGIBIL este format din grupul de persoane fizice, cetățeni români, ce pot beneficia de protecția prin asigurare prevăzută în prezentele condiții contractuale, constituit din **titularii de conturi curente în Lei deschise la Contractantul Poliței** și care au vârsta maximă de 67 (șaizecișapte) de ani la data intrării în vigoare a acoperirii individuale (pentru Asigurarea Individuală), cât și membrii familiilor acestora, astfel cum sunt definiți în prezentele condiții contractuale (pentru opțiunea Asigurare Extinsă, pentru familie).

Este considerat membru al Grupului Eligibil și persoana care la data intrării în vigoare a acoperirii individuale prezintă Invaliditate parțială permanentă. Persoanele care prezintă Invaliditate totală 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, dacă este cazul.

ASIGURATUL PRINCIPAL poate fi reprezentat de oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de acoperire conform prezentelor condiții contractuale și care îndeplinesc cumulativ următoarele condiții:

- a. a fost eligibil pentru înscrierea în Programul de Asigurare **Complet Care** oferit acestuia în baza prezentelor condiții contractuale, ceea ce înseamnă că a declarat telefonic faptul că nu se încadrează în niciuna dintre situațiile de neeligibilitate comunicate în cuprinsul convorbirii telefonice, înainte de prezentarea propriu-zisă a produsului de asigurare;
- b. și-a exprimat telefonic acordul de a participa la Programul de Asigurare oferit de prezentele condiții contractuale în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004 cu modificările și completările ulterioare
- c. a confirmat primirea setului de documente ce conține Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare, care fac parte integrantă din acesta, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile procedurale stabilite de Părți, oferta de asigurare și înscrierea în Programul de Asigurare de Grup stabilit prin prezentele condiții contractuale, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (Familială), iar Societatea de Asigurări a receptionat Confirmarea de primire extinsă semnată de Asiguratul Principal ;
- d. are maximum 67 (șaizecișapte) de ani la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;
- e. a confirmat telefonic acceptarea Mandatului de debitare directă a primelor de asigurare, a autorizat telefonic și prin semnarea Confirmării de primire extinse **Garanti Bank** să plătească în numele său și pentru el, lunar la Data Scadentă sau dacă este cazul, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă, primele de asigurare din contul curent menționat în Certificatul de Asigurare și să le transfere către Societatea de Asigurări, în conformitate cu prevederile prezentelor condiții contractuale;

Asiguratul Principal va primi într-un termen aproximativ de 2 (două) săptămâni de la momentul apelului telefonic, un plic în care va regăsi toată documentația contractuală legată de produsul de asigurare și modalitatea de plată pentru

Cuprins

Termeni și condiții ale programului de asigurare Complet Care

Definiții	1
Obiectul contractului	5
Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	5
Teritoriul și durata acoperirii individuale	5
Acuratețea declarațiilor	5
Plata primei de asigurare	6
Excluderi	7
Acordarea indemnizațiilor de asigurare	8
Modificarea acoperirii individuale	10
Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal	10
Legea aplicabilă și jurisdicția	11
Acțiuni în justiție	12
Taxe, impozite și onorarii	12
Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	12
Prelucrarea datelor personale	12

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 și
- Mandatul de debitare directă a primelor de asigurare

Data la care Societatea de Asigurări va recepționa de la compania de curierat documentul semnat de către Asiguratul Principal care include confirmarea de primire a documentației contractuale legată de produsul de asigurare și a modalității de plată pentru produsul de asigurare care i-a fost prezentat telefonic reprezintă data la care i se activează acoperirea.

ASIGURATUL SUBSIDIAR – poate fi membru al familiei Asiguratului Principal – soțul / soția Asiguratului Principal, precum și copiii acestuia, dacă:

- Asiguratul Principal a optat pentru varianta de Asigurare Extinsă (pentru familie);
- prima de asigurare aferentă Asigurării Extinse corespunzătoare perioadei asigurate a fost achitată de către Asiguratul Principal;
- Acoperirea individuală a Asiguratului Principal este în vigoare.

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

- soț/soție: persoana care la data producerii Riscului asigurat are calitatea de soț/soție al/a Asiguratului Principal, are minim 18 (optsprezece) ani și maximum 67 (șaizecișapte) de ani la momentul înrolării în Programul de Asigurare;
- copil: persoana care la data producerii Riscului Asigurat îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - 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;
 - are vârsta cuprinsă la momentul înscrierii în Programul de Asigurare între cel puțin 6 (șase) luni și 17 (șaptesprezece) ani inclusiv, respectiv 21 (douăzeci și unu) de ani inclusiv, în cazul în care studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată.

ACOPERIREA EXTINSĂ (pentru familie) înseamnă contractul de asigurare încheiat între Asiguratul Principal în baza prezentelor condiții contractuale, prin care se oferă protecție (Acoperire Individuală) atât Asiguratului Principal, cât și soțului/soției acestuia și copiilor lor, spre deosebire de Asigurarea Individuală, în baza căreia protecția se acordă doar Asiguratului Principal.

BENEFICIARUL este persoana care, în cazul producerii Riscului asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de asigurare. În cazul acestui Program de Asigurare Beneficiarul este însăși Persoana Asigurată. În cazul beneficiarului minor, plata va fi efectuată în contul reprezentantului legal, în condițiile Societății de Asigurare, fiind necesară semnătura ambilor părinți ai minorului pentru plata Indemnizației de asigurare.

În cazul decesului Persoanei Asigurate, orice indemnizație plătită în baza prezentei asigurări se va plăti către moștenitorul legal / moștenitorii legali ai acestuia.

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

- Spitalizare ca urmare a unui Accident;
- Spitalizare ca urmare a unei Îmbolnăviri;
- Cheltuieli medicale în urma unei Spitalizări indemnizate conform prezentelor condiții contractuale.

CERTIFICATUL DE ASIGURARE reprezintă Contractul de Asigurare a Persoanei Asigurate în calitate de Asigurat Principal ori, după caz și a Asiguratului Subsidiar, respectiv documentul semnat de Compania de Asigurări conform prevederilor Codului Civil, care va fi pus la dispoziția fiecărei persoane din Grupul Eligibil, care și-a exprimat acordul telefonic, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, de a primi documentele de asigurare. Acest document certifică înscrierea în asigurare și calitatea de Persoana Asigurată și stabilește data încheierii contractului de asigurare. Termenii și condițiile de asigurare sunt atașate și fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Asiguratul Principal acceptă ca dovadă a încheierii contractului de asigurare oferit în baza prezentelor condiții contractuale, înregistrarea convorbirii telefonice de înscriere în asigurare, semnarea confirmării de primire extinse și Certificatul de Asigurare, împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta precum și acceptarea Mandatului de debitare directă.

LUNA DE ASIGURARE reprezintă luna calendaristică imediat următoare celei în care prima de asigurare a fost scadentă, deoarece plata primei se efectuează în avans.

DATA ACTIVĂRII reprezintă data la care Societatea de Asigurări va recepționa de la compania de curierat documentul semnat de către Asiguratul Principal care include confirmarea de primire a documentației contractuale legată de produsul de asigurare și a modalității de plată pentru produsul de asigurare care i-a fost prezentat telefonic și reprezintă data la care i se activează acoperirea, acesta având obligații de plată pentru perioada de după expirarea perioadei de gratuitate. Data Activării va fi comunicată Asiguratului Principal de către Societatea de Asigurări prin intermediul unui SMS transmis la numărul de telefon al Asiguratului Principal.

DATA SCADENTĂ a primei de asigurare va fi considerată data de 1 a fiecărei luni de asigurare. În cazul în care această zi este nelucrătoare în luna respectivă, prima lunară se va retrage din contul curent al Asiguratului Principal, în ultima zi lucrătoare, anterioară Datei Scadente.

Exemplul 1:

- data recepționării confirmării de primire = data activării = 28.05.2018
- perioada de gratuitate: 28.05.2018 – 30.06.2018
- Prima dată scadentă: 01.06.2018
- Data primei debitar: 31.05.2018 (01.06.2018 este zi nelucrătoare)
- Luna de asigurare acoperită de prima dată scadentă: 01.07.2018-31.07.2018

Exemplul 2:

- data recepționării confirmării de primire = data activării = 01.08.2018
- perioada de gratuitate: 01.08.2018 – 30.09.2018
- Prima dată scadentă: 01.09.2018
- Data primei debitar: 01.09.2018
- Luna de asigurare acoperită de prima dată scadentă: 01.10.2018 – 31.10.2018

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

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

CONFIRMAREA DE PRIMIRE EXTINSĂ reprezintă documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și exprimarea acordului privind încheierea asigurării, precum și a plății acesteia prin Mandatul de debitare automată.

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 Activării asigurării ce coincide cu data la care Societatea de Asigurări intră în posesia Confirmării de primire extinse și cuprinde perioada dintre Data Activării și ultima zi calendaristică a lunii următoare Datei Activării.

Exemplu:

- Data apel telefonic: 30.06.2018
- Data activării: 12.07.2018
- Perioada de gratuitate: 12.07.2018-31.08.2018
- Data primei debitar / prima Dată Scadentă: 01.08.2018
- Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare: 01.09.2018-30.09.2018

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

ACCIDENT înseamnă un eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Persoanei Asigurate și se datorează acțiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici, electrice, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu exhaustivă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară, nu pot fi incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

ACCIDENT DE TRANSPORT reprezintă un eveniment neprevăzut, necontrolabil, extern și independent de voința Persoanei Asigurate, petrecut în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale pe un drum public, cale ferată, în aer sau pe apă, care a avut ca rezultat o Vătămare Corporală care a necesitat Spitalizare, cu condiția ca evenimentul să fi avut loc în timpul deplasării Persoanei Asigurate (ca pasager sau conducător al vehiculului) cu un vehicul terestru cu motor, înmatriculat legal, tren, aeronavă civilă sau ambarcațiune (acestea din urmă fiind înregistrate legal pentru transportul de pasageri, pe rute programate), indiferent dacă respectivul mijloc de transport se află în mișcare sau nu. Este considerat Accident de Transport și un eveniment, conform celor descrise mai sus, petrecut la urcarea sau coborârea din acel mijloc de transport (cu scopul de a fi transportat cu acesta), precum și evenimentele petrecute în timp ce Persoana Asigurată traversa un drum public (ca pieton) și a fost accidentat de un vehicul motorizat.

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 orice boală sau vătămare corporală sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, diagnosticată ca atare de un Medic înainte de Data Activării Acoperirii Individuale.

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.

SPITALIZARE reprezintă internarea unei persoane într-un spital ca pacient rezident timp de cel puțin 24 de ore, cu serviciu complet de masă și cazare. Spitalizarea în sensul prezentului contract nu se referă la spitalizarea care are ca scop recuperarea.

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

INVALIDITATE TOTALĂ PERMANENTĂ înseamnă că Persoana Asigurată a suferit o Vătămare Corporală sau afecțiune/îmbolnăvire, cu urmări permanente, detectabilă din punct de vedere medical și este incapabilă de a desfășura orice fel de muncă, de a exercita orice meserie sau profesie, în scopul obținerii unui venit, unui profit sau a unei compensații, pentru tot restul vieții

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

PERIOADA DE AMÂNARE înseamnă intervalul de timp în decursul căruia evenimentele asigurate nu sunt acoperite, astfel:

- 180 (osutăoptzeci) zile calendaristice pentru Spitalizarea din îmbolnăvire calculate de la Data Activării.
- 30 (treizeci) zile calendaristice pentru Spitalizarea 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.

Contul curent este acel cont pe care Asiguratul Principal îl are deschis la Garanti Bank, din care se va face debitarea directă a primelor de asigurare.

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 contractuale.

Asigurarea stipulată de prezentele condiții contractuale se referă numai 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 contractuale începe după cum urmează:

- a) *pentru Asiguratul Principal*, la Data Activării pentru Spitalizarea din Accident. Acoperirea Spitalizării din Îmbolnăvire este afectată de o perioadă de amânare de 180 (o sută optzeci) de zile, calculată o singură dată, de la Data Activării, cu excepția Spitalizării pentru intervenția de cezariană, unde perioada de amânare este de 365 (trei sute șazeci și cinci) de zile.
- b) *pentru Asigurații Subsidiari*, la data la care sunt întrunite cu privire la persoana lor toate condițiile menționate la articolul 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, 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 intrării în vigoare a Acoperirii Individuale și ultima zi calendaristică a lunii următoare intrării în vigoare a Acoperirii Individuale.

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

Acoperirea Individuală este valabilă o lună de asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunar la Data Scadentă. În cazul neplății primei de asigurare la Data Scadentă sau până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, Acoperirea Individuală se suspendă pentru luna de asigurare neplătită și se reia prin plata primei la Data Scadentă sau la una din încercările succesive de debitare, pentru luna de asigurare următoare.

Teritoriul și durata acoperirii individuale

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

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

cuvânt 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.

Plata primei de asigurare

Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadenței (menționată în Certificatul de Asigurare și care este data de 1 a fiecărei luni sau ziua lucrătoare anterioară în cazul în care data de 1 este nelucrătoare) după expirarea perioadei de gratuitate, pentru Luna de Asigurare următoare, prin debitarea contului în Lei menționat în Certificatul de Asigurare, în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă, fiecare dintre ele în varianta **Premium sau Standard**), cu condiția existenței dovezii privind confirmarea primirii documentelor privind asigurarea cu plata primelor de asigurare prin Mandatul de debitare directă, astfel:

Pachetul de asigurare Standard		
Categorii de vârstă	Prima lunară de asigurare Asigurat Principal	Prima lunară de asigurare Asigurat Subsidiar
18-24 ani	19 Lei	16 Lei
25-34 ani	20 Lei	16 Lei
35-44 ani	22 Lei	18 Lei
45-54 ani	23 Lei	19 Lei
55-64 ani	24 Lei	20 Lei
65-70 ani	25 Lei	20 Lei

Pachetul de asigurare Premium		
Categorii de vârstă	Prima lunară de asigurare Asigurat Principal	Prima lunară de asigurare Asigurat Subsidiar
18-24 ani	31 Lei	25 Lei
25-34 ani	32 Lei	26 Lei
35-44 ani	34 Lei	28 Lei
45-54 ani	36 Lei	29 Lei
55-64 ani	38 Lei	31 Lei
65-70 ani	39 Lei	32 Lei

Acoperirea Individuală va înceta pentru Asigurat Subsidiar la data la care acesta va implini vâsta maximă admisă de 70 (saptezeci) de ani. Astfel, prima de asigurare ce se va retrage automat din contul curent în Lei al Asiguratului Principal se va modifica automat, la nivelul variantei de asigurare individuale, în funcție de pachetul de asigurare pentru care a optat acesta.

Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a modifica prima de asigurare în cazul unor fluctuații ai parametrilor de bază care pot influența evoluția costurilor beneficiilor oferite. Prima de asigurare se modifică la următoarea Dată Scadență. Noua valoare a primei de asigurare va fi comunicată Asiguratului Principal cu cel puțin 20 de zile calendaristice anterior datei intrării în vigoare a modificării. În cazul în care Asiguratul Principal nu este de acord cu modificarea primei de asigurare, programul de asigurare se consideră reziliat de către acesta la următoarea Dată Scadență, fără a fi necesare alte demersuri.

Plata primelor de asigurare de către Asigurații Principali se realizează prin Mandatul de debitare directă contractat de către aceștia de la Contractantul Poliței, în baza căruia Garanti Bank execută în contul curent al Asiguratului Principal operațiunile de plată a primelor de asigurare inițiate de Societatea de Asigurări, lunar, la Data Scadență a primei de

asigurare menționată în Certificatul de Asigurare. Dacă la Data Scadență nu există disponibil în contul curent pentru plata integrală a primei de asigurare, se vor efectua reverificări ale acestuia în vederea plății, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă. Reverificările contului efectuate ulterior Datei Scadente în cadrul aceleiași luni constituie un beneficiu acordat Persoanelor Asigurate pentru evitarea situațiilor în care acesta nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului că nu au avut disponibil necesar în cont la Data Scadență.

Exemplu:

Data Scadență: 01.08.2018

Perioada acoperită prin plata primei prime la Data Scadență: 01.09.2018-30.09.2018

Asiguratul Principal are obligația să asigure și să mențină în contul curent în Lei deschis la Contractantul Poliței disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadenței pe toată durata de valabilitate a Acoperii Individuale sau Extinse pentru care a optat.

Dacă până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadență, în zilele în care vor fi efectuate debitările contului curent în vederea plății, soldul contului curent în Lei din care se face plata primei nu permite plata integrală într-o singură transă 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 platită integral. **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.

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

Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste condiții speciale nu se vor aplica următoarelor evenimente, care au avut ca rezultat o vătămare corporală și care au necesitat spitalizare, cauzată sau provocată 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;
- cauzate direct sau indirect de consumul de alcool indiferent de gradul de alcoolemie al Persoanei Asigurate;
- 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 tentativă de sinucidere după cei 2 (doi) ani, Societatea de Asigurări va plăti Indemnizația de asigurare, în funcție de nivelul de prime plătite de către Asiguratul Principal.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud toate vătămările corporale accidentale cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de către:

- infecții bacteriene, cu excepția infecției piogenice survenind dintr-o rănire accidentală prin tăiere sau lovire;
- tratamentul medical sau chirurgical, cu excepția aceluia necesar pentru vătămările acoperite de această asigurare și efectuat în perioada menționată în prezentele condiții de asigurare.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud de asemenea toate vătămările corporale accidentale survenite în împrejurările următoare:

- participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;
- participarea Persoanei Asigurate, în calitate de concurent, la orice competiție implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian;
- călătoria cu sau conducerea de către Persoana Asigurată a unei motociclete sau scuter cu capacitate cilindrică mai mare de 125 cm³, dacă nu se specifică altfel printr-o anexă specială;

- d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparține unei societăți de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri pe rute programate, regulate și publicate;
- e. serviciul activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;
- f. participarea Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni;
- g. utilizarea de către Persoana Asigurată, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașuta sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

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

- a. orice anomalii congenitale;
- b. orice afecțiuni, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficitar Uman) și/sau orice boală legată de HIV inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite) și/sau orice mutație derivativă sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod, direct sau indirect;
- c. oricare tratament pentru oricare afecțiune mentală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihiatrică, depresie mintală sau tulburare psihică;
- d. 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, 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. chirurgie plastică/cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei vătămări corporale;
- h. orice condiție preexistentă;
- i. tratamente/investigații efectuate în scop explorator/de diagnostic, sterilitate, fertilizare invitro.

Acordarea indemnizațiilor de asigurare

Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 (treizeci) de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condițiile prezentului contract de asigurare. În cazul depășirii termenului de 30 (treizeci) de zile Societatea își rezervă dreptul de a reduce valoarea indemnizației sau de a respinge solicitarea de despăgubire dacă întârzierea influențează procesul de evaluare a solicitării de despăgubire.

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

Indemnizația zilnică de asigurare pentru spitalizare

(a) Societatea de Asigurări va plăti în baza prezentelor condiții contractuale, o Indemnizație de asigurare în cazul în care Persoana Asigurată a fost spitalizată, ca urmare a unei vătămări corporale sau a unei îmbolnăviri ce s-a produs pentru prima dată după intrarea în vigoare a asigurării și cu condiția să fi fost internată în spital ca pacient la pat, mai mult de 24 ore, după cum urmează:

- **Acoperirea pentru accident** este disponibilă din prima zi de la data intrării în vigoare a asigurării;
- **Acoperirea pentru îmbolnăvire** este disponibilă după terminarea **perioadei de amânare** de 180 (osutăoptzeci) de zile de la data înscrierii în asigurare; în cazul în care acoperirea este suspendată pentru o perioadă de 3 (trei) luni consecutive, o nouă perioadă de amânare de 30 (treizeci) de zile se va aplica, începând cu data reluării acoperirii după perioada de suspendare; această nouă perioadă de amânare se va aplica doar pentru acoperirea pentru îmbolnăvire.

Indemnizația de asigurare se va plăti pentru fiecare zi de spitalizare, începând cu prima zi de spitalizare. Perioada maximă de spitalizare pentru același eveniment asigurat nu poate depăși 90 (nouăzeci) de zile într-un an. Perioadele consecutive de spitalizare, determinate de aceeași cauză, vor fi considerate ca o singură perioadă de spitalizare, exceptând cazul în care intervalul de timp dintre ele este mai mare decât 12 (douăsprezece) luni.

Indemnizația pentru cheltuieli medicale

Societatea de Asigurări va plăti în baza prezentelor condiții, o indemnizație de asigurare pentru cheltuieli medicale doar în cazul Spitalizării ca urmare a unui accident și /sau Spitalizării ca urmare a unei Îmbolnăviri acoperite și indemnizate în baza prezentelor condiții contractuale, 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.

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

Pachetul de asigurare Premium		
Suma asigurată/zi de spitalizare ca urmare a unui accident - pentru toate categoriile de vârstă	Suma asigurată/zi de spitalizare ca urmare a unei îmbolnăviri - pentru toate categoriile de vârstă	Suma asigurată/Cheltuieli medicale - pentru toate categoriile de vârstă
300 Lei / zi	150 lei / zi	300 lei

Pachetul de asigurare Standard		
Suma asigurată/zi de spitalizare ca urmare a unui accident - pentru toate categoriile de vârstă	Suma asigurată/zi de spitalizare ca urmare a unei îmbolnăviri - pentru toate categoriile de vârstă	Suma asigurată/Cheltuieli medicale - pentru toate categoriile de vârstă
200 Lei / zi	100 lei / zi	150 lei

Valoarea indemnizației pentru spitalizarea ca urmare a unui accident conform tabelului de mai sus se va dubla în cazul în care spitalizarea s-a datorat unui Accident de transport.

Toate solicitările pentru Indemnizația de asigurare vor fi adresate de către Persoana Asigurată / Beneficiar, Societății de Asigurări, în scris, prin intermediul metodelor de contact puse la dispoziție de Societate:

- online prin aplicația eClaims disponibilă pe www.metropolitanlife.ro sau
- prin e-mail la adresa despagubiri@metropolitanlife.ro sau
- prin poștă la adresa B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, Clădirea Europe House, etaj 4, sector 1, București, Persoanei Asigurate /Beneficiarului îi revine responsabilitatea furnizării certificatelor, datelor, informațiilor și documentelor cerute în mod rezonabil și curent de către Societatea de Asigurări, acestea fiind prezentate/transmise în forma specificată de Societatea de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru aceasta din urmă.

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

- a. formularul de despăgubire cerut de Societate, completat personal de Persoana Asigurată/Beneficiar
- b. extrasul contului bancar curent în Lei al Asiguratului Principal / Subsidiar (daca datele contului bancar nu au fost completate în solicitarea de despăgubire);
- c. numele Persoanei Asigurate;
- d. numărul Certificatului de asigurare;
- e. descrierea detaliată a circumstanțelor producerii accidentului și numele eventualilor martori;
- f. orice rapoarte ale organelor abilitate (poliție, pompieri, jandarmerie, etc.) privitoare la accident;
- g. raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea rănilor și să precizeze diagnosticul precis;
- g. Copia fișei medicale sau Referat medical cu istoricul medical al persoanei asigurate, eliberat de medicul de familie (doar în situația evenimentelor din îmbolnăvire);
- h. biletul/biletele de ieșire din spital/documente oficiale emise de instituția sanitară privind perioada de spitalizare a Persoanei Asigurate;
- i. copia actului de identitate a Persoanei Asigurate.

În cazul în care Societatea de Asigurări va considera necesar, Persoana Asigurată se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror Vătămări Corporale sau Îmbolnăviri, costurile aferente fiind suportate de către Societatea de Asigurări. După survenirea oricărei Vătămări Corporale sau Îmbolnăviri, Persoana Asigurată va consulta un Medic, cât mai curând posibil, în vederea obținerii și urmării recomandărilor primite, iar Societatea de Asigurări nu va fi responsabilă pentru consecințele apărute în urma refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate.

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

Indemnizațiile de asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în orice cont indicat de Persoana Asigurată sau Beneficiar, deschis la Contractantul Poliței sau, după caz, în alt cont indicat de Persoana Asigurată /Beneficiar, la solicitarea în scris a acesteia.

Asigurarea rămâne în vigoare și după producerea Riscului asigurat pentru spitalizare ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri, dacă Asiguratul Principal plătește prima de asigurare conform condițiilor contractuale.

Modificarea acoperirii individuale

După data începerii Acoperirii Individuale, Asiguratul Principal poate solicita modificarea asigurării pentru care a optat inițial și, implicit a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon [0314.137.909](tel: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 plătește prima de asigurare modificată, astfel:

- noua primă de asigurare va ține cont de categoria de vârstă în care se încadrează Asiguratul Principal / Asiguratul Subsidiar la data solicitării modificării în cazul în care modificarea se face dintr-o variantă de asigurare în alta
- noua primă de asigurare va ține cont de categoria de vârstă în care se încadrează Asiguratul Principal / Asiguratul Subsidiar la data înscrierii în asigurare în cazul în care se menține varianta de asigurare, dar se modifică acoperirea (acoperire extinsă/acoperire individuală).

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 Poliței de Grup în temeiul căreia s-a emis Certificatul de Asigurare, din orice cauză;
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 Mandatul de debitare directă;
3. la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maximă admisă (70 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 Data Activării 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.

Societatea de Asigurări, fiind informată cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevăzute mai sus, se obligă să informeze Titularul Poliței cu privire la acest eveniment și la necesitatea încetării debitării directe a

contului curent deschis la aceasta.

(B) Acoperirea Individuală va înceta pentru Asiguratul Subsidiar la data la care va înceta Acoperirea Individuală a Asiguratului Principal sau la data la care acesta va împlini vârsta maximă admisă de 70 (șaptezeci) de ani, respectiv 18 (optsprezece) sau 23 (douăzecișitrei) de ani în cazul în care studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată în cazul Asiguratului Subsidiar copil al Asiguratului principal. Asiguratul principal va înștiința Societatea de Asigurări atunci când asiguratul subsidiar se află în una din situațiile prevăzute la acest articol și va solicita modificarea pachetului la nivelul variantei de Asigurare Individuală.

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

Asiguratul Principal are dreptul de a denunța unilateral asigurarea în termen de 30 (treizeci) de zile calculat o singură dată de la Data Activării, fără plata vreunei penalități și cu restituirea eventualelor prime plătite înlauntrul acestui termen de denunțare unilaterală.

Asiguratul Principal poate solicita încetarea asigurării cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data debitării primei de asigurare (datele în care se va încerca debitarea primei de asigurare și care coincide cu Data Scadentă sau cu reverificări la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare), formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon [0314.137.909](tel: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 se reziliază odată cu cererea telefonică a Asiguratului Principal și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Societatea de Asigurări va fi considerată neautorizată.

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

Asigurarea poate fi denunțată telefonic la numărul de telefon dedicat, [0314.137.909](tel: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 accidentul sau îmbolnăvirea s-a produs în perioada cât acoperirea individuală era în vigoare și este în concordanță cu termenii și condițiile din prezentele condiții contractuale și dacă spitalizarea este efectuată în maxim 6 (șase) luni de la data accidentului sau îmbolnăvirii.

Legea aplicabilă și jurisdicția

Prezentului contract i se aplică legislația din România, incluzând, dar nelimitându-se la următoarele acte normative cu modificările și completările ulterioare: Codul Civil al României, Legea nr. 32/2000, Legea nr.237/2015, Ordonanța Guvernului nr.85/2004 privind protecția consumatorilor la încheierea și executarea contractelor la distanță privind serviciile financiare și orice alte acte emise de autoritatea de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor.

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

Acțiuni în justiție

Conform termenului legal de prescripție, 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 solutionarea oricăror pretenții izvorâte din prezentul contract sunt cele din România.

Taxe, impozite și onorarii

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

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

În conformitate cu prevederile Codului fiscal, în vigoare la data acestei versiuni a termenilor și condițiilor de asigurare, primele de asigurare aferente acestui contract de asigurare nu sunt deductibile fiscal. Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a unei modificări legislative.

Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Metropolitan Life va fi operatorul datelor cu caracter personal pe care ni le furnizați sau pe care le colectăm despre dumneavoastră. Societatea de Asigurări acordă o deosebită importanță confidențialității și securității informațiilor dumneavoastră personale și se angajează să protejeze toate datele pe care le furnizați. Mai multe informații puteți afla din Politica noastră de prelucrare a datelor personale, anexată acestor termeni și condiții. Politica de prelucrare poate fi oricând consultată pe siteul nostru www.metropolitanlife.ro și, de asemenea, aveți posibilitatea de a solicita o copie a acestei Politici printr-o cerere transmisă la datele de contact ale Metropolitan Life.

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