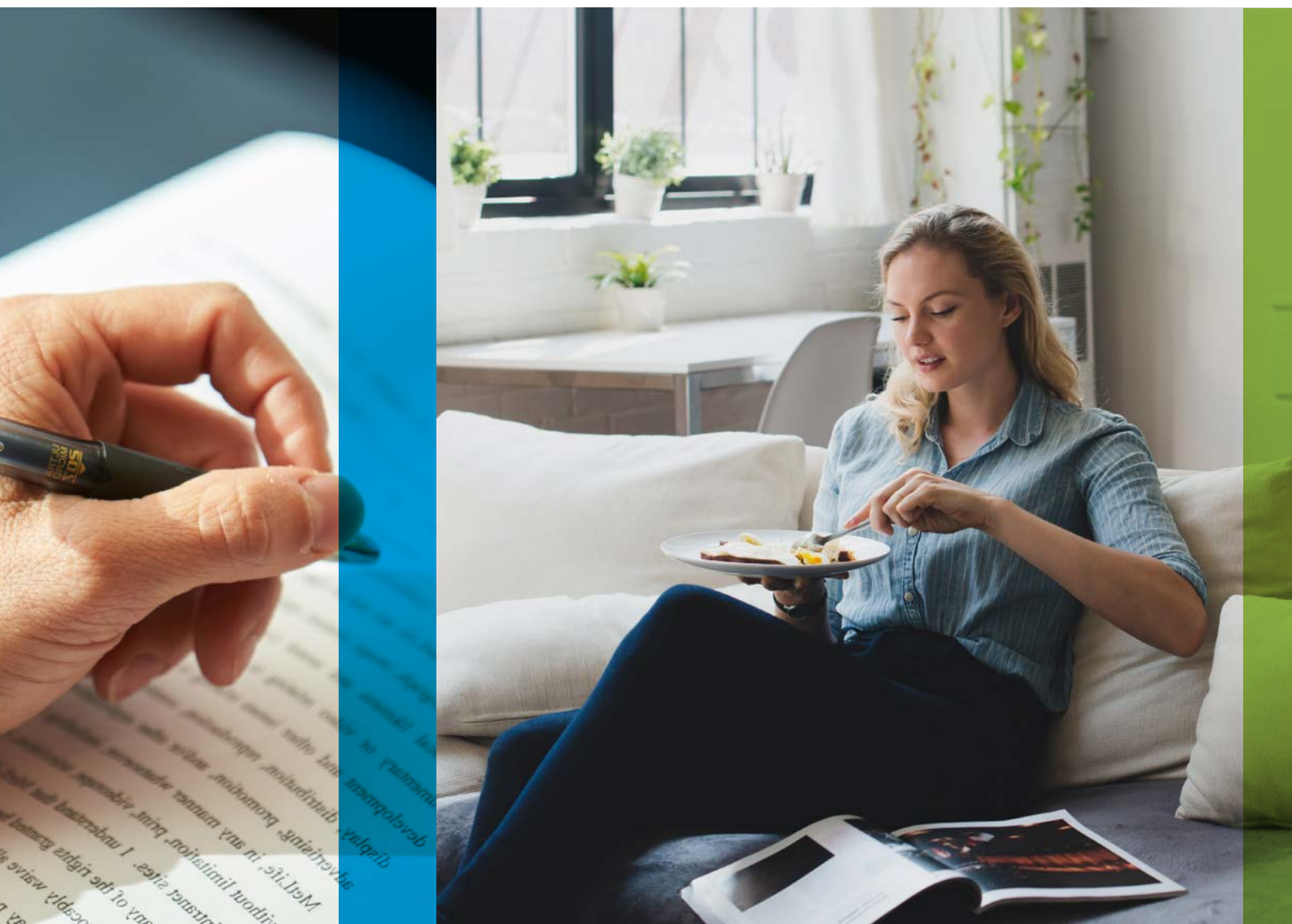


Smart Care Extra

Termeni și condiții ale programului de asigurare



Pășim prin viață împreună



Termeni și condiții ale programului de asigurare Smart Care Extra

Prezentele informații privind termenii și condițiile programului de asigurare “Smart Care Extra” 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 Societatea de Asigurări (**Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București**) și Titularul Poliței (Garanti Bank) ce cuprinde detalii cu privire la Termenii și condițiile Programului de Asigurare oferit Grupului Eligibil.

GRUP ELIGIBIL înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români, sau cetățeni străini cu rezidență în România, ce pot beneficia de protecția prin asigurare prevăzută în prezentele condiții contractuale, constituit din titularii de conturi curente în **Lei deschise la Garanti Bank**, care și-au exprimat acordul de a participa la Programul de Asigurare, în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și care acceptă Mandatul de debitare directă oferit gratuit de Garanti Bank Asiguratului Principal, special pentru plata primelor de asigurare și care au vârsta maximă de 64 (șaizecișpatru) 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 condițiile Poliței de Grup și care:

- este titularul unui cont curent în Lei, deschis la Garanti Bank;
- a confirmat primirea setului de documente prin semnarea confirmării de primire extinse 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 varianta de Asigurare Extinsă (pentru familie), iar Societatea de Asigurări a recepționat de la compania de curierat confirmarea de primire extinsă semnată de către Asiguratul Principal;
- a fost eligibil pentru înscrierea în Programul de Asigurare oferit acestuia în baza prezentei Polițe de Grup, 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;
- are maximum 64 (șaizecișpatru) de ani la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;
- a confirmat telefonic acceptarea Mandatului de debitare directă a primelor de asigurare și a autorizat telefonic 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 prezentei Polițe de Grup;

Cuprins

Termeni și condiții ale programului de asigurare Smart Care Extra

Definiții	3
Integralitatea contractului	6
Obiectul contractului	6
Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	6
Teritoriul și durata acoperirii individuale	7
Acuratețea declarațiilor	7
Fapt material	7
Plata primei	7
Acordarea indemnizațiilor de asigurare	8
Modificarea acoperirii individuale	10
Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal	10
Excluderi	11
Respectarea condițiilor	12
Legea aplicabilă și jurisdicția. Litigii	12
Acțiuni în justiție	13
Taxe, impozite și onorarii	13
Forța majoră	13
Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	13
Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri	14

Acoperirea Individuală se poate extinde asupra membrilor familiei Asiguratului Principal, în calitate de **ASIGURAT SUBSIDIAR**, dacă:

- Asiguratul Principal a solicitat telefonic includerea acestuia/acesteia în Programul de Asigurare de Grup, optând în acest sens pentru varianta de Asigurare Extinsă (pentru familie);
- 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 minim 18 (optsprezece) ani și maximum 65 (șaizecișicinci) 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 (douăzecișidoi) 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 înseamnă contractul de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal în baza Poliței de Grup, prin care se oferă protecție (Acoperire Individuală) atât Asiguratului Principal, cât și soției/soțului acestuia, precum și copiii acestuia, spre deosebire de ASIGURAREA INDIVIDUALĂ în baza căreia protecția se acordă doar Asiguratului Principal.

BENEFICIARUL înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare, Beneficiarul fiind însăși Persoana Asigurată. În situația în care beneficiarul este minor, plata va fi efectuată în contul reprezentantului legal, în condițiile societății, fiind necesară semnătura ambilor părinți ai minorului.

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

- Intervenție Chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri* ;
- Beneficiul zilnic pentru o perioadă de până la 5 zile de convalescență post – intervenție chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri ;

**Intervenția chirurgicală ca urmare a unei Îmbolnăviri se acoperă doar pentru Asiguratul Principal, chiar și în cazul unei Asigurări Extinse.*

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 Societatea de Asigurări conform prevederilor Codului Civil, care va fi pus la dispoziția fiecărei persoane din Grupul Eligibil, care și-a exprimat acordul telefonic, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, de a primi documentele de asigurare, care certifică înscrierea în asigurare și calitatea de Persoană Asigurată și care stabilește data încheierii contractului de asigurare. Termenii și condițiile de asigurare sunt atașate și fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Asiguratul Principal acceptă ca dovadă a încheierii contractului de asigurare oferit în baza Poliței de Grup 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.

DATA ACTIVĂRII este 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.

PLATA PRIMEI este în sarcina Asiguratului Principal, care trebuie să asigure în contul curent deschis la Garanti Bank disponibilul necesar plății primelor de asigurare, astfel încât Garanti Bank să poată transfera automat la Data Scadentă sau dacă este cazul, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă, din contul Asiguratului Principal sumele solicitate de către Societatea de Asigurări. Prin semnarea confirmării de primire a documentelor de asigurare și a acceptului privind plata primelor de asigurare prin Mandatul de debitare automată, Asiguratul Principal își exprimă acordul expres pentru acceptarea Mandatului de debitare directă pentru plata primelor de asigurare oferit în mod gratuit de Bancă. Asiguratul Principal a optat telefonic ca Garanti

Bank să efectueze din contul său curent, în fiecare lună, operațiunile de plată inițiate de Societatea de Asigurări pentru plata directă a sumelor reprezentând primele de asigurare datorate de Asiguratul Principal Societății de Asigurări, la Data Scadentă și dacă este cazul ulterior acesteia la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima este scadentă. Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare (“Data Scadentă a primei de asigurare”).

Asiguratul Principal va primi într-un termen aproximativ de 2 (două) săptămâni de la momentul apelului telefonic, un plic în care va regăsi toată documentația contractuală legată de produsul de asigurare 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 și acceptul privind plata primei de asigurare prin Mandatul de debitare directă pentru plata primelor de asigurare, care confirmă acordul Asiguratului Principal de a participa la Programul de Asigurare..

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 curent în Lei deschis la Garanti Bank, disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadentă, pe toată durata de valabilitate a Programului de Asigurare pentru care a optat.

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

SUMA ASIGURATĂ sau **INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE** înseamnă suma specificată în cuprinsul acestei Polițe de Grup, așa cum va fi menționată și în Certificatul de Asigurare și în 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 exprimarea acordului privind încheierea asigurării, precum și a plății acesteia prin Mandatul de debitare automată.

ÎMBOLNĂVIRE înseamnă o modificare organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate diagnosticată medical, necauzată de Accident, care a fost contactată sau s-a manifestat pentru prima oară după Data intrării în vigoare a asigurării.

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, electrici, etc). Nu pot fi incluse în această categorie 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, ruptură vasculară.

VĂTĂMARE CORPORALĂ înseamnă orice boală sau vătămare corporală din accident sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, diagnosticată ca atare de un medic sau ale cărei simptome s-au manifestat pentru prima dată înainte de data intrării în vigoare a prezentei asigurări și nedecarate Societății de Asigurări.

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 o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- deține o licență de funcționare ca spital, oferită de Ministerul Sănătății;
- are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămăte, în calitate de pacienți spitalizați;
- furnizează servicii de asistență medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;
- dispune de un personal cuprinzând cel puțin un medic disponibil permanent;
- dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și operații chirurgicale majore;
- 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;
- dispune de echipament pentru raze X și de facilitățile aferente de funcționare.

MEDIC înseamnă o persoană care profesează medicina, pe baza unor studii superioare de specialitate și care deține drept de liberă practică și este membru al Colegiului sau o autoritate similară acestuia, 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, unei compensații, pentru tot restul vieții.

CONVALESCENȚĂ înseamnă perioada în care Persoana Asigurată urmează repausul recomandat de un Medic de specialitate însă nu poate să își continue din motive obiective, activitatea profesională și orice altă activitate. În cazul în care Persoana Asigurată intră în incapacitate temporară de muncă (concediu medical) după o intervenție chirurgicală ca urmare a unui Accident sau Îmbolnăviri indemnizată de Societatea de Asigurări, aceasta va plăti o indemnizație zilnică egală cu suma specificată în prezentul document, în funcție de Programul de Asigurare, pentru o perioadă de maxim 5 (cinci) zile per eveniment.

Integralitatea contractului

Toate modificările și completările Contractului de asigurare de grup sunt valabile numai dacă sunt aprobate și semnate de reprezentanții legali ai Societății de Asigurări și ai Titularului Poliței, după caz semnate de către împuterniciți ai acestora. Nicio modificare adusă prezentelor condiții nu va fi valabilă fără aprobarea Societății de Asigurare și în lipsa unui acord din partea Titularului Poliței și a reprezentanților autorizați ai Societății 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 de asigurare.

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 de asigurare începe după cum urmează:

- pentru Asiguratul Principal, la Data Activării pentru Intervenția Chirurgicală din Accident, acoperirea Intervenției Chirurgicale din Îmbolnăvire fiind afectată de o perioadă de amânare de 90 (nouăzeci) de zile, calculată o singură dată, de la Data Activării, cu excepția intervenției de cezariană, unde perioada de amânare este de 365 (trei sute șaiszeci și cinci) de zile;
- pentru Asigurații Subsidiari, la data la care sunt întrunite toate condițiile menționate mai sus cu privire la persoana lor.

Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații la plată izvorâte din contractul de asigurare încheiat între Societatea de Asigurări și Asiguratul Principal, 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, așa cum este ea definită mai sus. Această perioadă de gratuitate cuprinde perioada între data 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 luna de asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunar la Data Scadentă. În cazul neplătii primei de asigurare la Data Scadentă sau 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 cu condiția că Asiguratul Principal a plătit prima de asigurare datorată, dacă nu se menționează altfel în prezentul document.

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, care este data de 1 a fiecărei luni), pentru luna de asigurare imediat următoare, prin debitarea contului curent în Lei menționat în Certificatul de Asigurare, în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă, fiecare dintre ele în varianta Premium, Standard sau Basic), cu condiția existenței dovezii privind confirmarea primirii documentelor privind asigurarea cu plata primelor de asigurare prin Mandatul de debitare directă, astfel:

Tip acoperire	Prima lunară/ Premium	Prima lunară/Standard
Asigurare Individuală	28,00 RON	20,00 RON
Asigurare Familie	41,00 RON	29,00 RON

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

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.

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 = 28.05.2017
- perioada de gratuitate: 28.05.2017 – 30.06.2017
- Prima dată scadentă: 01.06.2017
- Data primei debitări: 31.05.2017 (01.06.2017 este zi nelucrătoare)
- Luna de asigurare acoperită de prima dată scadentă: 01.07.2017-31.07.2017

Exemplul 2:

- data recepționării confirmării de primire = data activării = 01.08.2017
- perioada de gratuitate: 01.08.2017 – 30.09.2017
- Prima dată scadentă: 01.09.2017
- Data primei debitări: 01.09.2017
- Luna de asigurare acoperită de prima dată scadentă: 01.10.2017 – 31.10.2017

Dacă până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, în zilele în care vor fi efectuate reverificările contului curent în Lei, soldul contului curent din care se face plata primei nu permite plata integrală într-o singură tranșă a primei de asigurare, cu excepția perioadei de gratuitate, Acoperirea 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.

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

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	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/Soție și copil
Intervenții chirurgicale din Îmbolnăvire*	%3,500	%3,500	N/A	%5,000	%5,000	N/A
Intervenții chirurgicale din Accident*	%10,000	%10,000	%17,500	%15,500	%15,500	%23,500
Beneficiul zilnic pentru o perioadă de convalescență – post intervenție chirurgicală	100 Ron/zi	100 Ron/zi	100 Ron/zi	150 Ron/zi	150 Ron/zi	150 Ron/zi

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

Indemnizația de asigurare pentru intervenția chirurgicală 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 pentru costul procedurii, limitată la Procentajul din Beneficiul Maxim, specificat în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale, pentru intervenția chirurgicală efectuată. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment și pe an de asigurare.

Dacă se efectuează mai multe proceduri chirurgicale în aceeași ședință operatorie, indemnizația va fi limitată la cel mai mare procent aferent procedurilor efectuate 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.

Acoperirile din îmbolnăvire au o perioadă de amânare de 90 (nouăzeci) de zile de la Data Activării, cu excepția intervenției chirurgicale pentru cezariană, unde perioada de amânare este de 365 (trei sute șazeci și cinci) de zile.

Indemnizația zilnică de asigurare pentru Convalescență

În situația în care, conform opiniei medicale, Persoana Asigurată intră în incapacitate temporară de muncă (concediu medical) după Intervenția Chirurgicală indemnizată de Societatea de Asigurări conform condițiilor contractuale, Societatea de Asigurări îi va plăti acesteia o Indemnizație zilnică de asigurare pentru convalescență. Valoarea Indemnizației de asigurare pentru convalescență va fi cea corespunzătoare tipului de asigurare pentru care a optat Asiguratul Principal și nivelului de primă care a fost achitată, așa cum este prevăzută în prezentele condiții de asigurare. Perioada maximă de convalescență nu poate depăși 5 (cinci) zile pe eveniment. Zilele de convalescență nu se vor raporta de la un an la altul. În plus, în cazul în care, în urma unei sarcini, nașterea copilului are loc prin cezariană, Societatea va plăti către persoana asigurată un beneficiu calculat ca procent din Suma Asigurată, conform „Tabelului de Plăți”. În acest caz, nu se va acorda niciun beneficiu de convalescență.

Societatea de Asigurări va fi notificată de către Persoana Asigurată în termen de cel mult 30 (treizeci) de zile lucrătoare de la data producerii Riscului asigurat, în scris 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. În cazul depășirii termenului de 30 (treizeci) de zile Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului notificat.

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 Societatea de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru aceasta din urmă.

Cererea pentru Indemnizația de Asigurare ce va fi transmisă Societății de Asigurări va conține datele, informațiile și documentele menționate în Kit-ul de Despăgubire SMART CARE EXTRA.

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

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 30 (treizeci) de zile calendaristice de la primirea dosarului pentru Indemnizația de Asigurare complet de către Societatea de Asigurări.

Indemnizațiile de Asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în orice cont indicat de către Asiguratul Principal, deschis la Garanti Bank sau, după caz, în alt cont indicat de către Persoana Asigurată cu condiția ca Persoana Asigurată să fie titularul contului în care se efectuează plata.

În niciun caz, Persoanele Asigurate nu vor putea solicita plata vreunei Indemnizații de Asigurare în afara prevederilor prezentei asigurări.

Modificarea acoperirii individuale

După data începerii Acoperirii Individuale Asiguratul Principal poate solicita oricând pe durata contractului modificarea asigurării pentru care a optat inițial și implicit, a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon 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 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 renunță la Serviciul Mandatul de debitare directă;
3. la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maximă admisă (65 de ani);
4. la data Decesului sau a Invalidității Totale permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta asigurării contractate;
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.

(b) 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.

Asiguratul Principal are dreptul de a denunța unilateral Contractul de asigurare în termen de 30 (treizeci) de zile calculat de la Data Activării, fără plata vreunei penalități și cu restituirea eventualelor prime plătite înăuntrul acestui termen de denunțare unilaterală. Contractul poate fi denunțat oricând și după îndeplinirea acestui termen, însă primele de asigurare plătite până la acel moment nu vor fi restituite. Notificarea de denunțare unilaterală se va depune la sediul Societății de Asigurări și va trebui să conțină datele de identificare ale Asiguratului Principal, numărul contului curent și semnătura acestuia. Contractul de asigurare poate fi denunțat 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-au produs în perioada cât Acoperirea Individuală era în vigoare și este în concordanță cu prezentele condiții de asigurare.

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

Asiguratul Principal poate solicita încetarea asigurării cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data debitării primei de asigurare (datele în care se va încerca 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 (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.

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

Odată cu încetarea asigurării pentru Asiguratul Principal, indiferent de motiv, va înceta și asigurarea pentru Asiguratul Subsidiar.

Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste Condiții Speciale nu se vor aplica Îmbolnăvirilor sau Vătămărilor Corporale cauzate sau provocate de sau prin:

- a. război sau război civil;
- b. acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate având ca efect provocarea intenționată de vătămări corporale;
- c. folosirea de către Persoana Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise de către medici autorizați;
- d. consumul de alcool, indiferent de gradul de alcoolemie al Persoanei Asigurate
- e. consumul de droguri;
- f. 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;

Următoarele excluderi sunt aplicabile doar evenimentelor consecință a unui Accident, nu și celor consecință a unei Îmbolnăviri:

- a. infecții bacteriene, 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 Speciale și efectuat în perioada menționată în Condițiile Speciale;

Următoarele excluderi sunt aplicabile doar evenimentelor consecință a unei Îmbolnăviri, nu și celor consecință a unui Accident:

- a. orice afecțiune, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficienței Umane) 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;

- b. oricare tratament pentru oricare afecțiune mintală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihiatrică, depresie mentală;

Daca 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;
- d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager plătit 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. participarea activă a Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni;
- 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 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 evenimente 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. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi sănătoase, dar lezate de un Accident;
- c. chirurgie plastică sau cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei Vătămări Corporale;
- d. orice afecțiune sau boală preexistentă.

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.

Nicio afecțiune cauzată de sarcină nu este acoperită prin prezentul contract de asigurare și nu poate fi cumulată cu niciun alt beneficiu plătit în baza acestui contract de asigurare, cu excepția cazului în care, în urma unei sarcini, nașterea copilului are loc prin cezariană. În acest caz, Societatea va plăti către persoana asigurată doar beneficiul de cezariană, calculat ca procent din Suma Asigurată, conform „Tabelului de Plăți”.

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 numai Intervențiile Chirurgicale din Accident.

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

Respectarea condițiilor

Respectarea tuturor termenilor și condițiilor Poliței de Grup, în măsura în care acestea au legătură cu orice acțiune sau inacțiune care va trebui întreprinsă sau respectată de către Titularul Poliței și de către Persoanele Asigurate și acuratețea declarațiilor și răspunsurilor din orice document medical cerut de la Persoana Asigurată sau Beneficiar în legătură cu această asigurare, reprezintă condiții prelabile în privința obligației Societății de Asigurări de a efectua plata Indemnizației de Asigurare.

Legea aplicabilă și jurisdicția. Litigii

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

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

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

Acțiuni în justiție

Nu se va intenta nicio acțiune în justiție pentru plata Indemnizației de Asigurare în baza Acoperirii Individuale, după expirarea unei perioade de 2 (doi) ani de la data soluționării cererii pentru Indemnizația de Asigurare. Instanțele competente pentru soluționarea oricăror pretenții izvorâte din prezentul contract sunt cele din România.

Taxe, impozite și onorarii

Taxele, onorariile și impozitele referitoare la operațiunile necesare plății primei de asigurare, dacă este cazul, se vor suporta de către Persoanele Asigurate împreună cu primele de asigurare și la momentul plății acestora. 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 asigurării, care împiedică Părțile să își execute obligațiile asumate.

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

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

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

În conformitate cu prevederile Codului fiscal, nu constituie venituri impozabile sumele încasate din asigurări de orice fel reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi, cu excepția câștigurilor primite de la societățile de asigurări ca urmare a contractului de asigurare încheiat între Părți, cu ocazia tragerilor

de amortizare. Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a modificării, abrogării unor reglementări chiar de nivel inferior care să le circumstanțieze aplicabilitatea.

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

SMART CARE EXTRA

Procent Din Suma Asigurată

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 strictura 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:

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

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-uretrala	15
Prostată:	
• Prostatectomie totală	70
• Prostatectomie parțială endoscopică	25
• alt tip de operație	50
Orhitectomie sau epididimectomie	25
Hidrocel sau varicoel	10
Intervenție chirurgicală pentru extirparea tumorilor fibroide fără abordare abdominală	20
Cezariană	20

GUȘA TIROIDIANĂ

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

HERNIE

Tratament injectabil - ciclu complet:

• Hernie unilaterală	20
• Hernie bilaterală	50
Intervenție chirurgicală radicală, inclusiv metoda de tratament prin injectare:	
• Hernie unilaterală	20
• Hernie bilaterală	50

ARTICULAȚII ȘI LUXAȚII

Incizie articulară pentru tratamentul unei boli sau tulburări funcționale, cu excepțiile menționate în continuare și cu excepția extragerii lichidului	15
Alte cazuri decât cele menționate mai sus, incizie la umăr, coț, 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, încheietură mâinii sau gleznă	30
Luxație la:	
• degetele de la mână sau picior, fiecare dintre acestea	5
• umăr sau cot, încheietură 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

PARACENTEZA

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
Îndepărtare de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30

GÂT

Amigdalectomie sau amigdalectomie și adenoidectomie:	
• adulți și copii de 15 ani sau mai mult	10
• copii sub 15 ani	15
Laringoscopie în scop de diagnostic	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