

Benefit

Termeni și condiții ale programului de asigurare



Metropolitan Life

Pășim prin viață împreună



**Raiffeisen
BANK**

Banking așa cum trebuie



Banking așa cum trebuie

Raiffeisen Bank S.A. este o bancă universală de top pe piața românească, oferind o gamă completă de produse și servicii de calitate superioară persoanelor fizice, IMM-urilor și corporațiilor mari, prin multiple canale de distribuție: unități bancare (peste 400 în întreaga țară), rețele de ATM și EPOS, phone-banking (Raiffeisen Direct), mobile banking (Raiffeisen Smart Mobile) și internet banking (Raiffeisen Online). Raiffeisen Bank deservește aproximativ 2 milioane de clienți persoane fizice, 100.000 IMM-uri și 5.600 de corporatii mari si medii.

Despre Metropolitan Life, parte din MetLife, Inc.

20 de ani
împreună
România

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

În România Metropolitan Life are **20 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.

Cuprins

Avantaje	1
BENEFIT vs. alte asigurări	2
Întrebări frecvente	2
Termeni și condiții ale programului de asigurare Benefit	3
Definiții	3
Obiectul contractului	7
Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	7
Teritoriul și durata acoperirii individuale	8
Acuratețea declarațiilor	8
Fapt material	8
Plata primei de asigurare	8
Excluderi	9
Acordarea indemnizațiilor de asigurare	10
Modificarea acoperirii individuale	12
Incetarea asigurării contractate de asiguratul principal	12
Legea aplicabilă și jurisdicția	14
Acțiuni în justiție	14
Taxe, impozite și onorarii	14
Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	14
Termenii și condițiile privind Serviciul "ConfortaBill" pentru plata primelor de asigurare prin Raiffeisen Bank	15

Avantaje

Asigurarea BENEFIT îți oferă sprijin financiar sub forma unei indemnizații fixe pentru fiecare zi de spitalizare petrecută în spital, în funcție de nivelul de protecție ales. Riscul asigurat include îmbolnăvirile și toate formele de accidente: casnice, profesionale sau de transport. În cazul accidentelor de transport, beneficiile se dublează.



Confort

Pe lângă confortul pe care îl oferă prin protecția financiară în cazul riscului asigurat, BENEFIT mai are un mare avantaj: economisește timpul și efortul de a efectua plata primelor de asigurare, acestea urmând a fi debitate automat din contul dumneavoastră la solicitarea Metropolitan Life, prin intermediul Serviciului de plată ConfortaBill, oferit gratuit de Raiffeisen Bank. În plus, beneficiezi și de o perioadă de gratuitate de cel puțin o lună calculată de la data înscrierii în asigurare, reprezentând data semnării documentului ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării, dar nu mai mult de două luni de la data semnării confirmării de primire a documentelor, această acoperire pe perioada de început fiind oferita gratuit de către Metropolitan Life!



Flexibilitate

În orice moment, ai posibilitatea să alegi valoarea beneficiului, în funcție de varianta de protecție - Premium sau Standard - pe care o dorești. Mai mult, poți extinde acoperirea financiară și pentru membrii familiei tale, optând pentru unul dintre cele două pachete - Asigurarea Individuală sau Asigurarea Extinsă (de Familie).



Acoperire

Asigurarea BENEFIT oferă protecție financiară 24 din 24 de ore, 365 de zile pe an, indiferent unde s-ar întâmpla accidentul și oriunde ar fi nevoie de spitalizare pentru recuperare. De asigurarea BENEFIT poate beneficia orice cetățean român cu vârsta cuprinsă între 18 și 67 de ani, cu condiția să aibă un cont curent în lei deschis la Raiffeisen Bank.



Accesibilitate

BENEFIT se activează automat din momentul în care semnați documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor de asigurare și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării, fără proceduri birocratice și fără evaluare medicală.

Îți reamintim că prin exprimarea la telefon a acordului tău expres privind încheierea contractului pentru Serviciul de plată ConfortaBill pentru plata primei de asigurare și prin semnarea documentului ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și a Termenilor și Condițiilor privind Serviciul de plată ConfortaBill oferit gratuit de către Raiffeisen Bank și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării, ai autorizat Raiffeisen Bank să execute din Contul tău curent în lei operațiunile de plată lunare inițiate de Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București pentru plata primelor de asigurare.

Trebuie doar să te asiguri că suma necesară plății primei de asigurare este disponibilă în Contul curent în lei, iar transferul primei de asigurare se va face de Raiffeisen Bank prin intermediul Serviciului de plată ConfortaBill, la ordinul și în contul indicat de Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, după expirarea perioadei de gratuitate și până la încetarea Asigurării din orice cauză.

Confirmarea înscrierii tale în Programul de Asigurare este Certificatul de Asigurare pe care l-ai primit împreună cu Condițiile Contractuale, care fac parte integrantă din acesta. Păstrează-l cu grijă. Acest document stabilește varianta protecției pentru care ai optat și valoarea Despăgubirii pe care ai considerat-o potrivită pentru tine și familia ta.

În cazul în care dorești să renunți la asigurare sau să schimbi varianta de asigurare aleasă, te rugăm să suni la numărul 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 - 18:00.

BENEFIT vs. alte asigurări

Caracteristici

- dublarea Despăgubirii în cazul în care spitalizarea Persoanei Asigurate se produce ca urmare a unui Accident de Transport;
- protecție gratuită de cel puțin o lună calculată de la data înscrierii în asigurare, reprezentând data semnării documentului ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării, dar nu mai mult de două luni de la data semnării confirmării de primire a documentelor;
- plată automată a primelor de asigurare, pe baza instrucțiunii de plată transmisă de Metropolitan Life Băncii, din contul tău în lei deschis la Raiffeisen Bank, prin Serviciul de plată ConfortaBill oferit gratuit de Raiffeisen Bank pentru plata primelor de asigurare;
- activarea acoperirii prin asigurare din momentul semnării confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării.

Întrebări frecvente

Cine este beneficiarul?

Beneficiarul este Persoana Asigurată.

Ce trebuie făcut dacă Persoana Asigurată suferă un accident care s-a soldat cu o spitalizare?

Toate cererile de Despăgubire trebuie transmise online prin aplicația eClaims disponibilă pe www.metropolitanlife.ro, prin e-mail la adresa despagubiri@metropolitanlife.ro sau prin poștă către Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, sector 1, cod postal 010665, București.

În ce termen pot fi declarate pretențiile de despăgubire către Metropolitan Life?

Notificarea/Informarea despre producerea unui eveniment asigurat trebuie făcută în termen de maximum 30 (treizeci) de zile lucrătoare de la data producerii evenimentului.

De unde trebuie să iau formularele necesare?

În momentul notificării, Metropolitan Life Asigurări îți va pune la dispoziție formularele de despăgubire și îți va comunica setul de documente necesar pentru întocmirea dosarului de despăgubire.

După cât timp de la trimiterea documentelor are loc plata indemnizației de asigurare?

Indemnizația se va plăti în cel mai scurt termen posibil, dar nu mai târziu de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la primirea dosarului de despăgubire complet.

Toate amănuntele legate de pachetul tău de asigurare Benefit se află în Condițiile Generale, care sunt prezentate în paginile următoare și care fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Dacă ai vreo întrebare legată de acestea, în orice moment specialiștii Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București îți stau la dispoziție. Este de ajuns să suni la numărul de telefon 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 - 18:00.

Termeni și condiții ale programului de asigurare Benefit

Prezentele informații privind termenii și condițiile programului de asigurare “Benefit” constituie parte integrantă a Certificatului de Asigurare încheiat între **MetLife Europe Designated Activity Company**, o societate irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062, prin sucursala sa din România, **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București** și Clientul Asigurat.

Definiții

POLIȚA DE GRUP – reprezintă contractul încheiat între **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București** (Societatea de Asigurări) și **Raiffeisen Bank S.A.** (Titularul 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 Titularul Poliței, care și-au exprimat acordul de a participa la Programul de asigurare oferit de prezentele condiții contractuale, în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și care au contractat în conformitate cu prevederile OG 85/2004. Serviciul de plată ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare Benefit 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.

(A) ASIGURATUL PRINCIPAL poate fi reprezentat de oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de acoperire individuală conform prezentelor condiții contractuale și care:

a. este titularul unui cont curent în lei, deschis la Titularul Poliței;

b. a confirmat primirea setului de documente ce conține:

1. Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare, care fac parte integrantă din acesta, împreună cu Termenii și Condițiile Serviciului de plată ConfortaBill pentru plata primei de asigurare Benefit țin temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare;

c. are maximum 67 (șaizecișapte) de ani la data înscrierii în Programul de asigurare de Grup Benefit;

d. a autorizat telefonic Titularul Poliței conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu completările și modificările ulterioare și în condițiile procedurale convenite la dată convorbirii telefonice și încheierii contractului pentru Serviciul de plată ConfortaBill, să debiteze lunar, la Data Scadență sau dacă este cazul, la perioade succesive de 3 (trei) zile calendaristice, de maxim 3 ori pe durata unei luni de asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data Scadenței, 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.

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

- a. Asiguratul Principal a optat pentru varianta de asigurare extinsă (pentru familie);
- b. Prima de asigurare aferentă asigurării extinse corespunzătoare perioadei asigurate a fost achitată de către Asiguratul Principal;
- c. Acoperirea individuală a Asiguratului Principal este în vigoare.

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

- a. 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;
- b. copil: persoana care la data producerii Riscului Asigurat îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 1. 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
 2. are vârsta cuprinsă la momentul înrolării în Programul de Asigurare între cel puțin 6 (șase) luni și 17 (șaptesprezece) ani, respectiv 21 (douăzecișunu) 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 prezentelor condiții contractuale Beneficiarul este însăși Persoană Asigurată.

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 aferente fiecărui eveniment de spitalizare indemnizat în baza prezențelor condiții contractuale.

CERTIFICATUL DE ASIGURARE reprezintă Contractul de Asigurare a 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 certifica înscrierea în asigurare și calitatea de Persoană Asigurată și care stabilește dată 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 prin care acesta și-a exprimat acordul de a se înscrie în asigurare și a încheiat contractul privind Serviciul de plată ConfortaBill pentru plata primelor de asigurare și confirmarea de primire a Certificatului de Asigurare, împreună cu termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta și Termenii și condițiile Serviciului de plată ConfortaBill. Documentele menționate mai sus includ informațiile obligatorii pe care asigurătorii trebuie să le furnizeze clienților, conform normelor emise de autoritățile de supraveghere în domeniul asigurărilor.

PLATA PRIMEI DE ASIGURARE este în sarcina Asiguratului Principal, care trebuie să asigure în contul curent în lei deschis la Titularul Poliței (și menționat în Certificatul de Asigurare) disponibilul necesar plății primelor de asigurare prin Serviciul de plată ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare Benefit, astfel încât Titularul Poliței să poată transfera automat la Data Scadentă sau, dacă este cazul, la data debitării ulterioare succesive, din contul Asiguratului Principal sumele solicitate de către Societatea de Asigurări. Asiguratul Principal a încheiat la distanță, în conformitate cu prevederile OG 85/2004 contractul privind serviciul de plată ConfortaBill pentru plata primelor de asigurare, contract în baza căruia Banca urmează să execute din contul curent al Asiguratului Principal, în fiecare lună, operațiunile de plată inițiate de Societatea de Asigurări, pentru plata primelor de asigurare datorate de Asiguratul Principal Societății de Asigurări, la Dată Scadentă sau dacă este cazul, ulterior acesteia la perioade succesive de 3

(trei) zile calendaristice, de maxim 3 ori pe durata unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data Scadenței. 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 ce i-a fost prezentat telefonic și modalitatea de plată pentru acesta, respectiv: Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta care confirmă acordul de a participa la Programul de asigurare precum și termenii și condițiile serviciului de plată ConfortaBill, KIT-ul de despăgubire și IPID. Data la care Asiguratul Principal semnează documentul care include confirmarea de primire a documentelor de asigurare și exprimarea acordului privind încheierea asigurării reprezintă data la care se activează acoperirea, acesta având obligații la plată după perioada de gratuitate.

Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare (“Dată Scadentă a primei de asigurare”).

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

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

LUNA DE ASIGURARE reprezintă perioada cuprinsă între Data Scadentă și data corespunzătoare din luna calendaristică următoare, perioadă pe parcursul căreia Asiguratul Principal și Asigurații Subsidiari sunt acoperiți pentru riscurile asigurate.

DATA SCADENTĂ a primei de asigurare reprezintă data fiecărei luni corespunzătoare datei apelului telefonic prin care Persoana Asigurată își dă acordul expres pentru primirea documentelor privind Programul de Asigurare de Grup și încheierea contractului privind Serviciul de plată ConfortaBill ori, după caz, ziua lucrătoare anterioară Datei Scadenței, dacă aceasta este o zi nelucrătoare în luna respectivă și/sau ultima zi lucrătoare din lună, dacă Data Scadenței este data de 29, 30 sau 31 a lunii, în lunile care nu au o dată corespunzătoare. Prima de asigurare se plătește anticipat, lunar, pentru Luna de Asigurare următoare Datei Scadente.

SERVICIUL CONFORTABILL este serviciul de plată oferit de Raiffeisen Bank pentru plata primelor de asigurare. Termenii și condițiile Serviciului ConfortaBill sunt transmise fiecărei persoane care și-a exprimat acordul telefonic pentru încheierea contractului pentru acest Serviciu, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, odată cu Certificatul de Asigurare și anexele acestuia.

SUMA ASIGURATA 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 termenii și condițiile privind serviciul de plată ConfortaBill.

PERIOADA DE GRATUITATE – este perioada pentru care Acoperirea Individuală este activă fără să existe obligații de plată a primei lunare de asigurare de către Asiguratul Principal. Perioada de gratuitate se calculează o singură dată de la data înscrierii în asigurare ce coincide cu data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare și fără a avea obligația de a plăti primele de asigurare aferente, pentru o perioadă de gratuitate de cel puțin 1 (o) lună de acoperire calculată o singură dată de la data înscrierii în asigurare, dar nu mai mult de 2 (două) luni de la data semnării confirmării de primire.

Exemplu:

Dată apel telefonic 07.06.2018

Data înscrierii în asigurare / data semnării confirmării de primire – 14.06.2018

Perioada de gratuitate (în care acoperirea este oferită gratuit de Asigurator): 14.06.2018-06.08.2018

Data primei debitări / prima Dată Scadentă: 07.08.2018

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare: 07.08.2018-06.09.2018

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 prezentului contract de asigurare.

ACCIDENT înseamnă un eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale/Extinse (astfel cum este definită în prezentele condiții de asigurare) acordată în baza prezentelor condiții contractuale, independent de voința Persoanei asigurate și care se soldează cu vătămarea corporală a Persoanei Asigurate. 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, atac ischemic tranzitor, ruptură vasculară, nu pot fi incluse în această categorie fiind considerate îmbolnăviri.

ACCIDENT DE TRANSPORT reprezintă un eveniment neprevăzut, necontrolabil, extern și independent de voința Persoanei Asigurate, petrecut în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale/Extinse (astfel cum este definită în prezentele condiții de asigurare) pe un drum public, cale ferată, în aer sau pe apă, care a avut ca rezultat o Vătămare Corporală care necesită 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 de intrare în vigoare a Acoperirii Individuale sau de data repunerii în vigoare a 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.

SPITALIZAT înseamnă o persoană care este internată într-un Spital ca pacient rezident timp de cel puțin 24 ore, cu serviciu complet de masă și cazare. Spitalizarea în sensul prezentului contract nu se referă la spitalizarea care are ca scop recuperarea/reabilitarea.

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 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, 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 înscrierii în asigurare / data semnării confirmării de primire.
- 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 minimum 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.

Obiectul contractului

Societatea de Asigurări oferă Persoanelor Asigurate protecție pentru Riscurile Asigurate sub rezervă 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 (în momentul) semnării confirmării de primire a Certificatului de Asigurare și a Termenilor și condițiilor de asigurare, care fac parte integrantă din acesta precum și a Termenilor și Condițiilor serviciului de plată ConfortaBill;

b) pentru Asigurații Subsidiari, la împlinirea cumulativă a următoarelor condiții:

- la data la care sunt întrunite toate cerințele menționate mai sus cu privire la persoana lor;

- la data la care Asiguratul Principal semnează pentru primirea documentelor de asigurare, dacă Asiguratul Principal a optat inițial pentru varianta extinsă a asigurării.

Excepție face acoperirea pentru Spitalizarea din Îmbolnăvire care intră în vigoare după perioada de amânare a acoperirii, așa cum este ea definită mai sus.

Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații 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 și fără a avea obligația de a plăti primele de asigurare aferente pentru o perioadă de gratuitate de cel puțin 1 (una) lună de acoperire calculată o singură dată de la data înscrierii în asigurare, reprezentând data semnării confirmării de primire a documenelor privind asigurarea și implicit a acordului privind încheierea asigurării, dar nu mai mult de 2 (două) luni de la data semnării confirmării de primire. După expirarea perioadei de gratuitate, Societatea de Asigurări va transmite Băncii instrucțiuni de debitare a primei iar Asiguratului Principal i se debitează contul curent în lei menționat în 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) care prezintă dovada înscrierii în Programul de asigurare și Termenii și condițiile Serviciului de plată ConfortaBill de către Asiguratul Principal. În caz de neexistență a dovezii privind primirea și semnarea confirmării de primire a acestor documente de către Asiguratul Principal, asigurarea Persoanei/Persoanelor Asigurate nu va deveni activă și nu se va debita contul curent al acestuia cu valoarea primei lunare de asigurare.

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

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 cuvenit Beneficiarului să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie. Titularul Poliței nu este responsabil pentru declarațiile Persoanelor asigurate.

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.

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 de asigurare

Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentă (menționată în Certificatul de Asigurare și care este data corespunzătoare apelului telefonic) după expirarea perioadei de gratuitate, pentru Luna de Asigurare următoare, prin Serviciul de plată ConfortaBill, prin care se efectuează 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 sau Standard), cu condiția ca Societatea de Asigurări să fi intrat în posesia confirmării de primire a documentelor privind asigurarea de către Asiguratul Principal, astfel:

Pachetul de asigurare Premium		
Categorii de vârstă (se referă la vârsta Persoanei Asigurate la momentul înscrierii în asigurare)	Prima lunară de asigurare Asigurat Principal	Prima lunară de asigurare Asigurat Subsidiar
18-24 ani	30 lei	24 lei
25-34 ani	31 lei	25 lei
35-44 ani	33 lei	27 lei
45-54 ani	35 lei	28 lei
55-64 ani	37 lei	30 lei
65-70 ani	38 lei	31 lei

Pachetul de asigurare Standard		
Categorii de vârstă (se referă la vârsta Persoanei Asigurate la momentul înscrierii în asigurare)	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

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

Plata primelor de asigurare de către Asigurații Principali se realizează prin Serviciul de plată ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare Benefit, în baza căreia Banca execută din contul curent în lei al Asiguratului Principal operațiunile de plată a primelor de asigurare inițiate de Societatea de Asigurări, lunar, la Data Scadenței primei așa cum este ea definită în Certificatul de Asigurare. Dacă la Data Scadenței nu există disponibil în cont pentru plata integrală a primei de asigurare, Societatea de Asigurări va transmite Băncii noi instrucțiuni de plată la perioade succesive de 3 (trei) calendaristice, de maxim 3 ori pe durata unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data Scadenței. Aceasta reprezintă un beneficiu acordat Persoanelor Asigurate pentru evitarea situațiilor în care acesta nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului că nu au avut disponibil necesar în cont la Data Scadentă.

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

Exemplu:

Data Scadentă: 07.08.2018

Perioada acoperită prin plata primei la Data Scadentă: 07.08.2018-06.09.2018

Asiguratul Principal are obligația să asigure și să mențină în contul curent în lei deschis la Titularul Poliței disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadentă, așa cum este ea definită în prezentele condiții contractuale, pe toată durata de valabilitate a Acoperii Individuale sau Extinse pentru care a optat.

Dacă până la sfârșitul Lunii de Asigurare, în zilele în care se va încerca debitarea primei, conform celor menționate mai sus, soldul contului curent în lei din care se face plata primei nu permite plata integrală într-o singură tranșă a primei de asigurare, cu excepția perioadelor de gratuitate, acoperirea se suspendă pentru Luna de Asigurare următoare, neacceptându-se plăți parțiale. Acoperirea va reîncepe pentru următoarele Luni de Asigurare, dacă prima de asigurare corespunzătoare acestora a fost plătită integral. **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. După ce asigurarea a fost reziliată de plin drept, aceasta nu mai poate fi repusa în vigoare.

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

Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste condiții 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:

- a. război sau război civil,
- b. acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate;
- c. folosirea de către Persoană Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise de către Medici autorizați;
- d. cauzate direct sau indirect de consumul de alcool indiferent de gradul de alcoolemie al Persoanei Asigurate;
- e. tentativa de sinucidere a Persoanei Asigurate, indiferent de starea sa mentală, pe durata primilor 2 (doi) ani de la dată 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 vătămarile corporale accidentale cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de către:

- a. tratamentul medical sau chirurgical, cu excepția aceluia necesar pentru vătămarile acoperite de această asigurare și efectuat în perioada menționată în prezențele condiții de asigurare.

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

- a. participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;
- b. serviciul activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;

c. participarea Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni, a unui act ilegal sau la orice încălcare a legii sau care rezultă din acțiuni de rezistență pe perioada detenției sau arestului;

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

- a. tratamente de orice natură și orice internări în instituții de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenți, centru/spital de recuperare, secție sau clinică de recuperare din cadrul unui spital, centre de dezintoxicare, etc.);
- b. 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;
- c. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de o vătămare corporală;
- d. orice condiție preexistentă;
- e. tratamente/investigații efectuate în scop explorator/de diagnostic, sterilitate, fertilizare in vitro.

Acordarea indemnizațiilor de asigurare

Beneficiarul asigurării are obligația de a transmite Societății de Asigurări o notificare scrisă în termen de 30 (treizeci) de zile de la data producerii evenimentului asigurat cu privire la acesta și va transmite toate documentele necesare pentru a putea fi determinat când a avut loc evenimentul asigurat și care sunt consecințele acestuia.

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, că 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 dată intrării în vigoare a asigurării
- Acoperirea pentru îmbolnăvire este disponibilă după terminarea perioadei de amânare de 180 (osutăoptzeci) de zile de la data intrării în vigoare a asigurării; în cazul în care plata asigurării este suspendată pentru o perioadă de minimum 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 că 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	250 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 vor 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 formă specificată de Societatea de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru această 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 Persoană Asigurată/Beneficiar
- b. datele de identificare ale contului curent în care Persoană Asigurată dorește să încaseze indemnizația de asigurare;
- 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;
- h. Copia fișei medicale sau Referatul medical cu istoric medical al persoanei asigurate, eliberat de medicul de familie (doar în situația evenimentelor din îmbolnăvire);
- i. biletul/biletele de ieșire din spital/documente oficiale emise de instituția sanitară privind perioada de spitalizare a Persoanei Asigurate;
- j. copia actului de identitate a Persoanei Asigurate.

În cazul în care Societatea de Asigurări va considera necesar, Persoană 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 urmă refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate. Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a solicita și alte documente necesare, inclusiv documentele menționate mai sus în original.

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 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data la care documentația completă solicitată este depusă la Societatea de Asigurări, dar nu mai mult de 2 (doi) ani de la data producerii Riscului asigurat. 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 Titularul Poliției 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 prezentelor condiții 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 031.413.79.09 (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 valoare a primei 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 valoare a primei 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).

Incetarea asigurării contractate de asiguratul principal

(A) Asigurarea contractată de Asiguratul Principal (implicit Acoperirea Individuală sau Acoperirea Extinsă) va înceta pentru toate Persoanele Asigurate în baza acestuia la primul din următoarele momente:

1. la data împlinirii a 3 (trei) ani de la data încetării Poliței de Grup în temeiul căreia s-a emis Certificatul de asigurare, din orice cauză, indiferent de motivul rezilierii;
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 de plată ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare Benefit;
3. la data la care Persoana Asigurată împlinește vârstă maximă admisă de 70 (șaptezeci) de ani, respectiv 18 (optsprezece) ani 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;
4. la data Decesului sau a Invalidității totale permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta asigurării contractate de acesta;
5. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate oricând după expirarea perioadei de gratuitate;
6. la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de denunțare a asigurării;
7. la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare.

(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 vârstă maximă admisă de 70 (șaptezeci) de ani, respectiv 18 (optsprezece) ani 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.

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 debitarii a respectivului cont curent în lei deschis la această.

Serviciul de plată ConfortaBill va înceta în mod automat odată cu încetarea protecției prin asigurare indiferent de motiv.

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

Asiguratul Principal are dreptul de a-și retrage consimțământul dat Băncii pentru executarea oricăreia dintre operațiunile de plată inițiate de Compania de Asigurări prin intermediul serviciului de plată ConfortaBill, cel târziu la sfârșitul zilei lucrătoare care precedă ziua scadenței primei de asigurare, formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS) apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Ca urmare a unei astfel de cereri, serviciul ConfortaBill se suspendă și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Compania de Asigurări va fi considerată neautorizată.

Asiguratul Principal poate denunța asigurarea cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de dată debitarii primei de asigurare (datele în care se va încerca retragerea primei de asigurare prin Serviciul de plată ConfortaBill pentru plata primei lunare de asigurare Benefit și care coincid cu Data Scadentă sau cu reverificările la perioade succesive de 3 (trei) zile calendaristice, de maximum 3 ori pe durata unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data

Scadenței). Ca urmare a unei astfel de cereri asigurarea încetează la sfârșitul perioadei acoperite de plata ultimei prime debitate 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, 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS), apelabil de luni până vineri, între orele 09:00 – 18:00.

Asigurarea contractată de Asiguratul Principal poate fi denunțată de Societatea de Asigurări prin transmiterea unei notificări scrise, cu acordarea unui termen de preaviz de cel puțin 20 de zile.

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 prezențele condiții contractuale.

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.237/2015, Legea nr.236/2018, 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.

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 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 de Asigurări pe www.metropolitanlife.ro, cu condiția completării tuturor campurilor obligatorii. Societatea de Asigurări va analiza reclamația și dacă va considera necesar va putea invita autorul la sediul său pentru susținerea reclamației sau îi 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 competențe 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. 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 dată 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.

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

Pentru scopul Serviciului ”ConfortaBill”, următorii termeni au înțelesurile de mai jos:

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

Banca = RAIFFEISEN BANK S.A., societate administrată în sistem dualist, persoană juridică română cu sediul în București, Clădirea Sky Tower, Calea Floreasca, nr. 246C, sector 1, cod 014476, cod unic de înregistrare 361820, număr de înregistrare în Registrul Comerțului J40/44/1991, Identificator unic la nivel european (EUID) ROONRC.J40/44/1991, număr de înregistrare în Registrul bancar RB-PJR-40-009/1999, Decizia ASF nr. A/75/30.01.2014 completată de Decizia ASF nr. A/239/27.03.2014, înregistrată în Registrul Public al ASF sub nr. PJR01INCR/400009, cod de înregistrare fiscal RO361820, înregistrată la Autoritatea de Supraveghere Financiară ca Agent Afiliat, Cod unic de înregistrare în Registrul Intermediarilor Secundari RAJ-15938, denumită în continuare ”Banca”;

Contul curent = contul curent în lei deschis la Bancă pe numele Clientului Plătitor, menționat în Certificatul de asigurare emis de Asigurator;

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

Clientul Plătitor = persoană fizică titulară a contului curent în lei, care are calitatea de Asigurat Principal în Programul de asigurare ”Benefit”, în condițiile specificate în Certificatul de asigurare eliberat de Asigurator;

Serviciul = serviciul de debitare directă intrabancară ”ConfortaBill” oferit de Bancă Clientului Plătitor și Asiguratorului, prin intermediul căruia, pe baza instrucțiunii dată Băncii și acordului prealabil dat prin telefon de Clientul Plătitor, la momentul încheierii contractului, Asiguratorul inițiază operațiunile de plată a primelor de asigurare aferente Programului de asigurare, din Contul curent al Clientului Plătitor. Momentul primirii Ordinului de Plată de către Bancă reprezintă data indicată de Asigurator în instrucțiunea de plată transmisă Băncii, ca fiind Data Scadenței sau data de debitare ulterioară a Contului curent.

Serviciul este oferit de Bancă Clientului Plătitor în următoarele condiții:

- Art.1.** Clientul Plătitor a autorizat telefonic Banca să execute pe Contul său curent operațiunile de plată inițiate de Asigurator în scopul transferării din acest cont a sumelor reprezentând contravaloarea primelor de asigurare datorate Asiguratorului de Clientul Plătitor înscris în Programul de asigurare ”Benefit”, în condițiile din Certificatul de asigurare emis de Asigurator.
- Art.2.** Pentru prestarea Serviciului de către Bancă, Clientul Plătitor a fost de acord ca Banca să comunice Asiguratorului codul IBAN al Contului curent, necesar acestuia pentru inițierea operațiunilor de plată a primei de asigurare.
- Art.3.** Banca va executa operațiunile de plată a primei de asigurare inițiate de Asigurator în termenul legal, conform instrucțiunilor primite de la acesta.
- Art.4.** Asiguratul Principal are dreptul de a-și retrage consimțământul dat Băncii pentru executarea oricăreia dintre operațiunile de plată inițiate de Compania de Asigurări prin intermediul serviciului de plată ConfortaBill, cel târziu la sfârșitul zilei lucrătoare care precedă ziua scadenței primei de asigurare, formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS) apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Că urmare a unei astfel de cereri, serviciul ConfortaBill se

suspendă și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Compania de Asigurări va fi considerată neautorizată.

- Art.5.** În vederea executării plății primei de asigurare, Clientul Plătitor se obligă să asigure în Contul curent suma necesară efectuării plății, conform prevederilor din Condițiile de asigurare. În cazul în care Clientul Plătitor a încheiat/încheie contracte de credit/alte contracte specifice cu Banca în urma cărora rezultă datorii certe și exigibile scadente în aceeași zi cu prima de asigurare, ordinea în care Banca va debita sumele aferente acestora va fi: datorii certe, lichide și exigibile în legătură cu creditul/creditele acordate de Bancă, alte datorii certe, lichide și exigibile față de Banca, alte plăți scadente, inclusiv prime de asigurare.
- Art.6.** Banca va pune la dispoziția Clientului Plătitor în oricare unitate teritorială a acesteia informațiile obligatorii impuse de lege după executarea fiecărei operațiuni de plată inițiată de Asigurator, cel mai devreme în prima zi lucrătoare ce urmează zilei în care a fost debitat Contul curent.
- Art.7.** Pentru evidența operațiunilor de plată efectuate prin intermediul Serviciului, Banca va emite și va comunica lunar Clientului Plătitor extrasul Contului curent, în modalitatea indicată de Clientul Plătitor.
- Art.8.** Dacă la data executării operațiunii de plată a primei de asigurare inițiată de Asigurator disponibilul din Contul curent nu acoperă integral contravaloarea primei de asigurare, Banca nu va opera plata, neefectuând plăți parțiale și nefiind ținută răspunzătoare pentru neefectuarea plății primei de asigurare. De asemenea, Banca nu va efectua plata primei de asigurare prin intermediul Serviciului în situația în care Contul curent este indisponibil ca urmare a unei măsuri legale sau a oricărei alte situații prevăzută în acest sens în documentația de Cont curent.
- Art.9.** Dacă Banca refuză executarea unei operațiuni de plată inițiate de Asigurator, Banca va pune la dispoziția Clientului Plătitor, la oricare unitate teritorială a acesteia, refuzul și motivele acestuia.
- Art.10.** Clientul Plătitor nu datorează Băncii comisioane pentru prestarea Serviciului.
- Art.11.** Banca nu va putea fi ținută răspunzătoare pentru eventualele prejudicii cauzate de Asigurator Clientului Plătitor sau de Clientul Plătitor Asiguratorului. Orice neînțelegeri referitoare la cuantumul primelor de asigurare, la sumele solicitate la plată de Asigurator prin intermediul Serviciului, la sumele debitate din Contul curent sau la sumele refuzate la plată din lipsă de disponibil, urmează să fie rezolvate fără implicarea Băncii, în condițiile menționate în Certificatul de Asigurare emis de Asigurator.
- Art.12.** Forța majoră exonerează de răspundere partea care o invocă, în condițiile legii, după înștiințarea celeilalte Părți. Partea care invocă forța majoră va înștiința cealaltă Parte în termen maxim de 5 (cinci) zile de la apariție și va transmite documentele doveditoare, certificate de Camera de Comerț și Industrie a României conform legii, în termen de 15 (cincisprezece) zile. În aceleași condiții se va comunica și încetarea cazului de forță majoră.
- Art.13.** Serviciul va fi prestat de Bancă conform prezentului document pe perioada în care Contractul de asigurare este în vigoare.
- Art.14.** Clientul Plătitor poate denunța unilateral Serviciul prin formularea telefonică a unei cereri de denunțare, sunând la numărul de telefon 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS, apelabil în zilele lucrătoare între orele 09:00 – 18:00), caz în care Serviciul va înceta la sfârșitul următoarei zile lucrătoare după data efectuării convorbirii telefonice.

Clientul Plătitor are dreptul de a denunța unilateral contractul la distanță, în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice, fără penalități și fără a fi necesară invocarea vreunui motiv. Termenul începe să curgă din ziua în care Clientul Plătitor a semnat confirmarea de primire a Termenilor și condițiilor contractuale.
- Art.15.** Banca poate denunța unilateral Serviciul, cu notificarea prealabilă a Plătitorului, transmisă pe suport hârtie sau pe alt suport durabil, cu cel puțin 2 (două) luni înainte de data stabilită pentru încetare.
- Art.16.** Serviciul va înceta la data încetării Convenției dintre Bancă și Asigurator în baza căreia sunt inițiate și transmise de Asigurator instrucțiunile de plată a primei de asigurare din Contul curent al Clientului Plătitor, indiferent de motivul acestei încetări sau în cazul încetării asigurării ca urmare a intervenirii unui caz de încetare prevăzut în Condițiile Generale de asigurare, care fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare emis de Asigurator.

- Art.17.** Părțile convin ca orice modificare propusă de Bancă, cu privire la derularea Serviciului să fie notificată Clientului Plătitor și transmisă acestuia pe suport hârtie sau pe alt suport durabil, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, cu cel puțin 2 (două) luni înainte de data propusă pentru aplicarea acesteia.
- Art.18.** În cazul în care până la data propusă pentru aplicarea modificărilor, Clientul Plătitor nu înștiințează Banca despre neacceptarea acestor modificări, sunând la numărul de telefon 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua RCS&RDS, apelabil în zilele lucrătoare între orele 09:00 – 18:00), Părțile convin că tăcerea Plătitorului valorează acceptare tacită a modificărilor propuse, acestea urmând a intra în vigoare la data stabilită de Bancă.
- Art.19.** Clientul Plătitor are dreptul să solicite, în maxim 8 (opt) săptămâni de la data debitării Contului curent cu contravaloarea primei de asigurare, restituirea sumei plătite la ordinul Asiguratorului, dacă valoarea operațiunii de plată depășește contravaloarea primei de asigurare datorată conform Certificatului de Asigurare, Părțile convenind că valoarea astfel limitată corespunde așteptărilor Clientului Plătitor cu privire la valoarea operațiunii de plată.
- Art.20.** Banca răspunde față de Clientul Plătitor în cazul operațiunilor de plată neautorizate de acesta, precum și în cazul operațiunilor de plată neexecutate (deși Contul a fost debitat) sau executate incorrect de către Bancă, dacă sumele de bani nu au ajuns la Asigurator.
- Art.21.** În cazurile prevăzute mai sus Banca are obligația ca imediat să ramburseze Clientului Plătitor suma aferentă operațiunii de plată respective și dacă este cazul, să readucă Contul curent în situația în care s-ar fi aflat dacă operațiunea de plată neautorizată nu s-ar fi efectuat.
- Art.22.** Banca corectează o operațiune de plată numai dacă Clientul Plătitor a semnalat Băncii în termen de 30 (treizeci) de zile de la data emiterii extrasului de cont (fără o justificare), dar nu mai târziu de 13 (treisprezece) luni de la data debitării Contului curent, faptul că a constatat o operațiune de plată neautorizată sau executată incorrect, care dă naștere unei plângeri.
- Art.23.** Serviciul este activ începând cu Data Scadenței primei de asigurare din prima lună de asigurare, după perioada de gratuitate, astfel cum este aceasta menționată în Certificatul de Asigurare.
- Art.24.** În orice moment al relației contractuale, Clientul Plătitor are dreptul să primească, la cerere, pe suport hârtie sau pe orice alt suport durabil, un exemplar al prezentului document.
- Art.25.** Orice divergențe între Părți în legătură cu încheierea, executarea, încetarea sau interpretarea Termenilor și condițiilor Serviciului se vor soluționa pe cale amiabilă sau în cazul în care acest lucru nu este posibil, de către instanțele judecătorești competente, conform legislației române în vigoare și Condițiilor Generale de Derulare a Operațiunilor Bancare.
- Art.26.** Termenii și condițiile Serviciului vor fi interpretați și executați în conformitate cu legea română. În vederea soluționării pe cale amiabilă a eventualelor dispute Plătitorul poate sesiza, în condițiile legii, Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorului și/sau Banca Națională a României, în vederea aplicării procedurilor extrajudiciare de soluționare a disputelor.
- Art.27.** Termenii și Condițiile Serviciului se completează cu Condițiile Generale de Derulare a Operațiunilor Bancare pe care Clientul Plătitor le-a primit la momentul înrolării sale ca și client al Băncii, cu modificările ulterioare. În măsura în care în Condițiile Generale de Derulare a Operațiunilor Bancare există prevederi care reglementează în mod diferit executarea instrucțiunii de plată prin Serviciul ConfortaBill, în ceea ce privește executarea instrucțiunii de plată a primei de asigurare se vor aplica cu prioritate prevederile prezentului document. Banca vă prelucrează datele cu caracter personal conform „Politicii sale privind prelucrarea datelor cu caracter personal și confidențialitatea datelor”, secțiunea 2.1 Relația Raiffeisen Bank-client persoană fizică disponibilă pe <https://www.raiffeisen.ro/despre-noi/politica-de-confidentialitate/>



RAIFFEISEN BANK S.A. prin:
Cătălin Munteanu - Director, Direcția Clienți Persoane fizice

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 și Orientul Mijlociu. Pentru mai multe informații, accesați www.metlife.com.

În România Metropolitan Life are **20 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.



**Raiffeisen
BANK**

Banking așa cum trebuie

Raiffeisen Bank S.A.

Clădirea Sky Tower, Calea Floreasca nr. 246 C, sector 1, București, Cod poștal 014476, România, Telefon: +40 21 306 1000, Fax: +40 21 230 0700, E-mail: centrala@raiffeisen.ro, www.raiffeisen.ro

C.U.I. 361820, Număr de înregistrare în Registrul Comerțului J40/44/1991, Identificator unic la nivel european (EUID) ROONRC.J40/44/1991, Număr de înregistrare în Registrul Bancar RB-PJR-40-009/1999, Decizia ASF nr. A/75/30.01.2014 completată de Decizia ASF nr. A/239/27.03.2014, înregistrată în Registrul Public al ASF sub nr. PJR01INCR/400009, Cod de înregistrare fiscală RO361820, Capital Social 1.200 mil lei, Societate administrată în sistem dualist, Cod BIC RZBRROBU, Raiffeisen Direct: *2000, număr cu tarif normal în rețelele Vodafone, Orange, Telekom Romania Mobile

20 de ani
împreună
România

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



Metropolitan Life

06370220 © 2019 MetLife, INC.