

Medsupport

Beneficiezi de protecție financiară pentru intervenție chirurgicală în caz de Accident!



 **Metropolitan Life**

Pășim prin viață împreună

 **Raiffeisen
BANK**

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 466 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 companii.

Despre Metropolitan Life

Metropolitan Life este parte din MetLife, Inc., una dintre cele mai mari companii de asigurări de viață din lume. Înființată în 1868, MetLife oferă la nivel global asigurări de viață, planuri de pensii, beneficii pentru angajați și servicii de administrare a activelor. Cu aproximativ **100 de milioane de clienți**, MetLife are operațiuni deschise în aproape **50 de țări** și deține poziții de conducere în piețe din Japonia, America Latină, Asia, Europa și Orientul Mijlociu.

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.

Cuprins

Despre Metropolitan Life	2
Ai luat cea mai bună decizie!	3
Cu Medsuport te ajutăm să te faci bine.	3
Funcționarea programului de protecție	4
Alte lucruri pe care este bine să le știi	5
Condiții generale	6
Definiții	6
Obiectul contractului	8
Data intrării în vigoare a Acoperirii Individuale	8
Teritoriul și durata Acoperirii Individuale	8
Acuratețea declarațiilor	8
Fapt material	8
Plata primei	9
Acordarea Despăgubirilor	10
Modificarea acoperirii individuale	11
Încetarea Asigurării contractate de Persoana Asigurată	11
Acțiuni în justiție	12
Legea aplicabilă și jurisdicția	12
Taxe, impozite și onorarii	12
Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică Contractelor de Asigurare	12
Condiții speciale	13
Definiții	13
Riscuri asigurate	13
Excluderi	14
Tabelul nr. 1 - Plăți pentru intervenții chirurgicale	15
Termenii și condițiile privind Serviciul "ConfortaBill" pentru plata primelor de asigurare prin Raiffeisen Bank	17

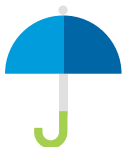
Ai luat cea mai bună decizie!

Viața te poate surprinde în orice moment. Din păcate, nu întodeauna în mod plăcut. Pentru a te ajuta să înfrunți neprevăzutul, Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, pune la dispoziție un nou produs de asigurare: Medsupport, destinat clienților Raiffeisen Bank.

Având în vedere reformele din domeniul sănătății, este nevoie acum de soluții financiare noi. Medsupport a fost special conceput pentru ca tu să poți înfrunta evenimentele neprevăzute care ar putea apărea, în special din cauza costurilor în creștere din lumea serviciilor medicale.

Cu Medsupport te ajutăm să te faci bine.

Din acest moment, costurile ce ar putea apărea ca urmare a unui accident ce necesită intervenții chirurgicale, nu mai reprezintă o problemă. Beneficiezi acum și de această acoperire.



Avantaje

Asigurarea Medsupport îți oferă sprijin financiar sub forma unei indemnizații pentru fiecare intervenție chirurgicală suferită, în funcție de gradul de dificultate al intervenției suportate. Riscul asigurat include intervenții chirurgicale cauzate de toate formele de accidente casnice, profesionale sau de transport survenite pe durata asigurării – conform Condițiilor Generale prezentate în continuare.



Acoperire

Asigurarea Medsupport oferă protecție financiară 24 din 24 de ore, 365 de zile pe an, oriunde în lume. De asigurarea Medsupport poate beneficia orice cetățean român cu vârsta cuprinsă între 18 și 64 de ani, care deține un cont curent în Lei la Raiffeisen Bank și care își exprimă dorința de a beneficia de protecție prin asigurare, cât și de oportunitatea plății primelor de asigurare prin serviciul de plată ConfortaBill oferit de Raiffeisen Bank.



Confort

Pe lângă confortul pe care îl oferă prin protecția financiară în cazul producerii riscului asigurat, Medsupport 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 confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării, dar nu mai mult de două luni de la data semnării documentului, această perioadă de început fiind cadou din partea Metropolitan Life!



Accesibilitate

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



Flexibilitate

În orice moment, ai posibilitatea să alegi valoarea beneficiului, în funcție de varianta de protecție dorită, STANDARD sau EXTRA.

Varianta de protecție EXTRA

Despăgubirea plătită Persoanei Asigurate în cazul unei intervenții chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 9.000 Lei în funcție de gradul de dificultate al intervenției survenite (vezi Tabelul 1 de la sfârșit).

Valoarea primei lunare pentru varianta de protecție EXTRA este:

36,50^{Lei}

Exemplu de calcul:

Să presupunem că un deținător al variantei Extra, în timp ce se află în concediu în Italia, are un accident de mașină. În urma acestui accident, acesta are o fractură de gambă. În acest caz indemnizația pentru procedura chirurgicală efectuată este de: **9.000 Lei x 30% = 2.700 Lei**

Varianta de protecție STANDARD

Despăgubirea plătită Persoanei Asigurate în cazul unei intervenții chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 6.000 Lei în funcție de gradul de dificultate al intervenției survenite (vezi Tabelul 1 de la sfârșit).

Valoarea primei lunare pentru varianta de protecție STANDARD este:

24,50^{Lei}

Exemplu de calcul:

Să presupunem că un deținător al variantei Standard, ca urmare a unui accident de muncă, are o fractură de femur care necesită intervenție chirurgicală. În acest caz indemnizația pentru procedura chirurgicală efectuată este de: **6.000 Lei x 40% = 2.400 Lei**

Ofertă pentru clienții Raiffeisen Bank

Această asigurare este o ofertă destinată exclusiv clienților Raiffeisen Bank. Întrucât ai un cont curent în Lei deschis la Raiffeisen Bank și ai acceptat serviciul de plată ConfortaBill oferit de Raiffeisen Bank pentru plata primelor de asigurare, nu trebuie să ai grijă să transferi lunar prima de asigurare în contul Metropolitan Life. Trebuie doar să te asiguri că există suma necesară în contul tău curent în Lei și astfel transferul primei de asigurare se va face automat de către Raiffeisen Bank, conform acordului tău telefonic. În acest fel, protecția ta este garantată și continuă atât timp cât în contul tău curent în Lei este disponibilă la Data Scadentă a primei de asigurare suma necesară plății primei de asigurare, iar plata se efectuează așa cum este descris în Condițiile Generale și în "Termenii și condițiile privind Serviciul de plată ConfortaBill oferit de Raiffeisen Bank pentru plata primei de asigurare".

Îți reamintim că prin exprimarea la telefon a acordului tău expres privind încheierea contractului privind 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 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 pentru plata primelor de asigurare.

Funcționarea programului de protecție

Protecția prin asigurare a început din momentul semnării confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și implicit exprimarea acordului cu privire la încheierea asigurării. Documentul care atestă înscrierea ta în programul de asigurare este Certificatul de Asigurare. Păstrează-l cu grijă. Acest document stabilește varianta protecției pentru care ai optat și valoarea Beneficiilor pe care le-ai considerat potrivite pentru tine.

În cazul în care dorești să schimbi varianta de asigurare aleasă sau să renunți la această asigurare, te rugăm să suni la numărul numărul **021.40.10.834** (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom) apelabil de luni până vineri între orele **09:00-18:00**. Metropolitan Life va informa Raiffeisen Bank despre decizia ta de a schimba varianta de asigurare aleasă sau de a renunța la asigurare.

Încetarea asigurării va determina și încetarea Serviciului ConfortaBill oferit de Raiffeisen Bank pentru plata primelor de asigurare aferente pachetului de asigurare MedSupport.



Alte lucruri pe care este bine să le știi

Valoarea primelor de asigurare este în funcție de vârstă?

Nu, suma de plată este aceeași indiferent de vârsta persoanelor care beneficiază de protecția prin această asigurare.

Ce înseamnă Accident?

Reprezintă un eveniment imprevizibil, brusc și violent, independent de voința Persoanei Asigurate determinat de o cauză externă.

Cine este Beneficiarul asigurării?

Beneficiarul asigurării este Persoana Asigurată.

Ce trebuie făcut dacă Persoana Asigurată suferă o intervenție chirurgicală în urma unui accident survenit după acceptarea acestei asigurări?

Toate cererile de Despăgubire, în cadrul acestui contract, trebuie transmise către **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București**, astfel: prin e-mail la adresa despagubiri@metropolitanlife.ro, prin poștă la adresa: B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, sector 1, București sau prin fax la numărul 021 208 4104.

Care este termenul în care pot fi declarate pretențiile de despăgubire către Metropolitan Life Asigurări?

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

După cât timp de la trimiterea documentelor se va efectua plata indemnizației de asigurare?

Indemnizația se va plăti în cel mai scurt termen posibil, nu mai târziu de 20 (douăzeci) de zile calendaristice de la primirea de către Metropolitan Life a dosarului complet de despăgubire.

Toate amănuntele legate de pachetul tău de asigurare Medsupport se află în Condițiile Generale și în Tabelul de plăți, 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 îți stau la dispoziție. Este de ajuns să suni la numărul de telefon 021.208.40.71 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 - 18:00.

Condiții generale

Definiții

TITULARUL POLIȚEI de Grup este Raiffeisen Bank S.A. (denumită în cele ce urmează și “Banca”), conform Poliței de Asigurare de Grup nr. 2014/103 din data 06.01.2014, încheiată cu **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București** (denumită în cele ce urmează și “Compania de Asigurări” sau “Asigurătorul”)

GRUP ELIGIBIL înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români, ce pot beneficia de protecția prin asigurare prevăzută în condițiile contractuale, constituit din titularii de conturi curente în Lei deschise la Raiffeisen Bank S.A., care în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și-au exprimat acordul de a participa la Programul de Asigurare oferit prin prezentele condiții contractuale și au contractat Serviciul de plată ConfortaBill oferit de Raiffeisen Bank Asiguratului și Companiei de Asigurări, special pentru plata primelor de asigurare și care nu au împlinit vârsta de 65 de ani la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale. 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.

PERSOANA ASIGURATĂ înseamnă oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de Acoperire Individuală în condițiile prezentelor condiții contractuale și care:

- a. este titularul unui cont curent denominat în Lei, deschis la Raiffeisen Bank S.A.;
- b. a confirmat primirea setului de documente ce conține Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare, care fac parte integrantă din acesta și Termenii și Condițiile Serviciului de plată ConfortaBill, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile procedurale stabilite de Părți și înscrierea în Programul de Asigurare pentru Beneficii chirurgicale ca urmare a unui Accident stabilit în prezentele condiții contractuale;
- c. nu a împlinit încă 65 de ani la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup pentru Beneficii Chirurgicale în caz de Accident;
- d. a autorizat telefonic Raiffeisen Bank, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu completările și modificările ulterioare și în condițiile procedurale convenite la data convorbirii telefonice și încheierii contractului pentru Serviciul de plată ConfortaBill, să debiteze lunar, la Data Scadenței sau, dacă este cazul, la perioade succesive, egale, de câte 3 zile calendaristice, maxim de 3 ori pe parcursul lunii de asigurare de la Data Scadență, respectiv la 3 zile, la 6 zile și la 9 zile de la Data Scadenței, primele de asigurare din contul curent în Lei menționat în Certificatul de Asigurare și să le transfere în contul Companiei de Asigurări conform prezentelor condiții contractuale;;
- e. acoperirea individuală a Asiguratului este în vigoare.

BENEFICIAR înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului/ Evenimentului Asigurat, este îndreptățită să primească Despăgubirea. În cazul prezentelor condiții de asigurare, Beneficiarul este însăși Persoana Asigurată.

RISC/EVENIMENT ASIGURAT. În baza prezentelor condiții contractuale este asigurat riscul de Intervenție Chirurgicală ca urmare a unui Accident.

CERTIFICATUL DE ASIGURARE reprezintă Contractul de Asigurare al Persoanei Asigurate, respectiv documentul semnat de Compania de Asigurări conform prevederilor Codului Civil și a normelor emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară - ASF în domeniu, cu modificările și completările ulterioare, care va fi pus la dispoziția fiecărei Persoane Asigurate, 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. Persoana Asigurată acceptă ca dovadă a încheierii Contractului de Asigurare oferit în baza prezentelor condiții de asigurare 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.

PLĂTITORUL PRIMELOR este Persoana Asigurată.

SERVICIUL ConfortaBill este serviciul de plată oferit gratuit de Raiffeisen Bank Persoanei Asigurate, pentru plata primelor de asigurare.

PLATA PRIMEI este în sarcina Persoanei Asigurate, care trebuie să asigure în contul curent în Lei deschis la Banca (și menționat în Certificatul de Asigurare) disponibilul necesar plății primelor de asigurare, astfel încât aceasta să poată executa instrucțiunea de plată transmisă de Asigurator transferând la Data Scadentă, din contul Persoanei Asigurate sumele solicitate de către Compania de Asigurări. În cazul în care la Data Scadenței nu s-a încasat prima de asigurare întrucât în contul curent al Asiguratului nu există disponibilul necesar și suficient achitării primei de asigurare, Compania de Asigurări va transmite Băncii instrucțiuni de debitare a contului curent în Lei al Asiguratului deschis la Banca la intervale de timp prestabilite de câte 3 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 a încheiat contractul pentru Serviciul de plată ConfortaBill în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004 și și-a exprimat consimțământul ca Banca să execute din contul său curent în Lei, în fiecare lună, operațiunile de plată inițiate de Compania de Asigurări pentru plata primelor de asigurare datorate de Asigurat Companiei de Asigurări. Definiția Datei Scadente este prevăzută și în Certificatul de Asigurare ("Data Scadentei Primei"). Primele de asigurare astfel colectate de la Asigurat de către Bancă vor fi transferate Companiei de Asigurări. Persoana Asigurată va primi în aproximativ 2 (două) săptămâni de la momentul apelului telefonic, un plic în care va regăsi toată documentația contractuală pentru produsul de asigurare pentru care a optat și pentru Serviciul de plată ConfortaBill, contractat în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, respectiv: Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta și Termenii și Condițiile privind Serviciul de plată ConfortaBill, oferit de Raiffeisen Bank pentru plata primelor de asigurare și care confirmă acordul Asiguratului de a participa la Programul de Asigurare pentru Beneficii Chirurgicale în caz de Accident. Data la care Asiguratul semnează confirmarea de primire a documentelor de asigurare reprezintă și data la care se activează acoperirea, acesta având obligații la plată după expirarea perioadei de gratuitate.

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

PERSOANA ASIGURATĂ are obligația să asigure și să mențină în Contul său curent în Lei deschis la Bancă, disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadentă.

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

SUMA ASIGURATĂ (sau „Despăgubirea” sau “Indemnizația de asigurare”) înseamnă suma specificată în cuprinsul prezentelor condiții contractuale așa cum va fi menționată și în Certificatul de Asigurare și reprezintă suma pe care o va plăti Compania de Asigurări Persoanei Asigurate în cazul producerii Riscului Asigurat.

CONTUL CURENT în Lei este acel cont (menționat în Certificatul de Asigurare) pe care Persoana Asigurată îl are deschis la Raiffeisen Bank, în legătură cu care este activat Serviciul de plată ConfortaBill pentru plata primelor de asigurare.

PERIOADA DE ACOPERIRE SUPLIMENTARĂ

În Luna de Asigurare imediat următoare celei în care s-a plătit prima de asigurare, Compania de Asigurări oferă Persoanelor Asigurate o perioadă de 10 (zece) zile calendaristice de acoperire suplimentară. Prin urmare, dacă evenimentul asigurat se produce în Perioada de Acoperire Suplimentară de 10 (zece) zile și sub rezerva îndeplinirii condițiilor prevăzute în prezentele condiții contractuale (inclusiv cu condiția ca în Luna de Asigurare anterioară prima de asigurare a fost achitată la Data Scadentă), Persoana Asigurată va beneficia de Despăgubire, urmând ca Asiguratorul să rețină din cuantumul acesteia contravaloarea primei de asigurare aferentă Lunii de Asigurare în care Persoana Asigurată nu a avut în contul curent în Lei la Data Scadentă disponibilul necesar plății primei de asigurare. 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 Persoanei Asigurate și se va relua pentru Lunile de Asigurare următoare, cu condiția plății primelor de asigurare la Data Scadentă sau la una dintre cele 3 încercări de debitare ulterioare Datei Scadente.

DATA DEBITĂRILOR ULTERIOARE

Dacă la Data Scadenței în contul curent al Asiguratului nu există disponibilul necesar și suficient pentru plata integrală a primei de asigurare, Compania de Asigurări va transmite Băncii instrucțiuni de plata, la intervale de timp prestabilite, egale, de câte 3 zile calendaristice, de maxim 3 ori pe parcursul unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data Scadenței. În cazul în care aceste termene de 3, 6 și respectiv 9 zile se împlinesc într-o zi nelucrătoare, în luna respectivă instrucțiunile de plată vor fi transmise de Compania de Asigurări în ziua lucrătoare anterioară.

CONFIRMAREA DE PRIMIRE reprezintă documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și a termenilor și condițiilor privind Serviciul de plată ConfortaBill și exprimarea acordului privind încheierea asigurării.

Obiectul contractului

Compania 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

Acoperirea Individuală a Persoanelor Asigurate începe la data (în momentul) semnării documentului ce conține confirmării de primire a documentelor privind asigurarea pentru Accidente și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării.

Data intrării în vigoare a contractului ConfortaBill este data intrării în vigoare a Acoperirii Individuale.

Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații izvorâte din Contractul de Asigurare, 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 (o) lună de acoperire calculată o singură dată de la data înscrierii în asigurare, reprezentând data semnării confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și implicit a acordului privind încheierea asigurării, dar nu mai mult de 2 (două) luni de la data semnării confirmării de primire.

După expirarea perioadei de gratuitate, în baza instrucțiunii de plată transmisă de Compania de Asigurări Băncii, Persoanei Asigurate i se debitează contul curent în Lei menționat în Certificatul de Asigurare cu valoarea primei de asigurare, doar cu condiția primirii de către Compania de Asigurări a confirmării de primire a documentelor privind asigurarea (Termenii și condițiile Asigurării și Certificatul de Asigurare și termenii și condițiile Serviciului de plată ConfortaBill) de către Persoana Asigurată. Confirmarea de primire reprezintă dovada înscrierii în Programul de Asigurare. În caz de neexistență a dovezii privind primirea acestor documente de către Asigurat, asigurarea Persoanei Asigurate nu va deveni activă iar Compania de Asigurări nu va transmite instrucțiuni de plată a primei de asigurare.

Acoperirea Individuală este valabilă o Lună de Asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare. În cazul neplății Primei de Asigurare la Data Scadentă sau la Data debitărilor ulterioare, acoperirea individuală se suspendă pentru Luna de Asigurare neplătită și se reia prin plata primei la Data Scadentă sau la una din încercările ulterioare de debitare, pentru Luna de Asigurare următoare.

Teritoriul și durata Acoperirii Individuale

Acoperirea Individuală este valabilă în întreaga lume, 24 din 24 de ore, cât timp 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 Despăgubirile ce s-ar fi cuvenit Beneficiarului să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie. Compania de asigurări nu este responsabilă pentru declarațiile 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 Despăgubirea în condițiile Acoperirii Individuale.

Compania de Asigurări își rezervă dreptul de a aproba și de a plăti o Despăgubire în cazul constatării diferențelor specificate mai sus. Despăgubirea se va calcula proporțional cu primele de asigurare plătite efectiv, în conformitate

cu regulile privind evaluarea Riscului Asigurat pe care Compania de Asigurări le aplică în legătură cu riscurile corespunzătoare.

Plata primei

Persoana Asigurată plătește prima de asigurare la Data Scadentă (menționată în Certificatul de Asigurare și care este corespunzătoare datei apelului telefonic), după expirarea perioadei de gratuitate, pentru Luna de Asigurare următoare, cu condiția existenței dovezii privind confirmarea primirii documentelor privind asigurarea și a Termenilor și condițiilor privind Serviciul de plată ConfortaBill. Valoarea primei de asigurare este diferită în funcție de varianta de asigurare pentru care Persoana Asigurată a optat:

Asigurare pentru Beneficii Chirurgicale în caz de Accident	Primă lunară/Extra	Primă lunară/Standard
Primă lunară	36,50 Lei	24,50 Lei

Plata Primelor de Asigurare de către Persoana Asigurată se realizează prin Serviciul de plată ConfortaBill contractat de către aceasta de la Bancă, în baza căruia aceasta execută din Contul curent în Lei al Asiguratului operațiunile de plată a primelor de asigurare inițiate de Compania 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, Compania de Asigurări va transmite Băncii instrucțiuni de debitare a contului curent în Lei al Asiguratului la intervale de timp prestabilite, egale, de câte 3 zile calendaristice, de maxim 3 ori pe perioada unei Luni de Asigurare, respectiv la 3 zile, la 6 zile sau la 9 zile de la Data Scadenței.

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

Persoana Asigurată are obligația să asigure și să mențină în cont curent în Lei deschis la Bancă disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadenței, pe toată durata de valabilitate a asigurării pentru Beneficiarii chirurgicale ca urmare a unui Accident, pentru care a optat.

Data Scadenței Primei (denumită în prezentul document și "Data Scadenței") 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.

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 platită integral.

Prin excepție, Persoana Asigurată va beneficia de o perioadă de 10 (zece) zile calendaristice de acoperire suplimentară, în cazul în care, la data Scadenței sau la una din debitările 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 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 și se va relua pentru Lunile de Asigurare următoare, cu condiția plății primelor de asigurare la Data Scadentă sau la una dintre cele 3 încercări de debitare ulterioare Datei Scadente. 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.

În situația în care Persoana Asigurată are încheiate contracte de credit cu Banca, în urma cărora rezultă datorii certe și exigibile scadente în aceeași zi cu prima de asigurare, ordinea în care Banca va stinge datoriile clientului va fi: datorii certe, lichide și exigibile în legătură cu creditul sau creditele acordate clientului de Bancă, alte datorii certe, lichide și exigibile față de Bancă, alte plăți scadente, inclusiv prime de asigurare. Persoana Asigurată trebuie să dețină în contul curent în Lei disponibil suficient pentru efectuarea oricăror plăți de genul celor menționate mai sus și să mențină activ contul deschis la Bancă, astfel încât Titularul Poliței să poată debita acest cont la Data Scadentă cu suma reprezentând prima de asigurare.

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

Acordarea Despăgubirilor

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

Risc Asigurat	Valoare Despăgubire varianta Extra	Valoare Despăgubire varianta Standard
Intervenții Chirurgicale în caz de Accident	%9.000	%6.000

Valoarea Despăgubirii se va plăti de către Compania de Asigurări conform Tabelului nr. 1. Compania de Asigurări va fi notificată de către Persoana Asigurată, în scris sau prin telefon, în legătură cu producerea Riscului Asigurat, în termen de cel mult 30 (treizeci) zile lucrătoare de la data producerii Riscului Asigurat.

Toate pretențiile la Despăgubire vor fi adresate Companiei de Asigurări online prin aplicația e-Claims disponibilă pe www.metropolitanlife.ro, prin poștă la adresa B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, clădirea Europe House, etaj 4, sector 1, prin e-mail la adresa despagubiri@metropolitanlife.ro sau prin telefon la numărul 021.208.4071 de către Persoana Asigurată, acesteia revenindu-i responsabilitatea furnizării certificatelor, datelor, informațiilor și documentelor solicitate în mod rezonabil și curent de Compania de Asigurări, care se vor prezenta în forma și natura specificată de Compania de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru aceasta din urmă.

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

- a. numele Persoanei Asigurate;
- b. numărul Certificatului de Asigurare;
- c. descrierea detaliată a circumstanțelor producerii Accidentului (dacă este cazul) și numele eventualilor martori;
- d. orice rapoarte ale organelor de poliție privitoare la Accident (dacă este cazul);
- e. raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea rănilor și să precizeze diagnosticul prescris;
- f. biletul de ieșire din spital/ document oficial emis de instituția sanitară privind perioada de spitalizare a Persoanei Asigurate;
- g. copie după documentația medicală care confirmă intervențiile chirurgicale efectuate;
- h. fișa medicală de la medicul de familie privind istoricul medical al Persoanei Asigurate;
- i. copie a actului de identitate al Persoanei Asigurate.

În cazul în care Compania de Asigurări va considera necesar, Persoana Asigurată se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror Vătămări Corporale, costurile aferente fiind suportate de către Compania 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 Compania 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 Compania de Asigurări a tuturor informațiilor solicitate și necesare pentru stabilirea Despăgubirii, aceasta se va plăti fără dobândă, în termen de 15 (cincisprezece) zile calendaristice de la momentul stabilirii, fără însă a se putea depăși 20 (douăzeci) de zile calendaristice de la primirea dosarului de Despăgubire complet de către Compania de Asigurări. Despăgubirile se plătesc de către Compania de Asigurări direct în contul curent în Lei al Persoanei Asigurate deschis la Raiffeisen Bank sau, după caz, în orice alt cont indicat de Persoana Asigurată.

În niciun caz, Beneficiarii nu vor putea solicita plata unei Despăgubiri în afara prevederilor prezentei asigurări.

Asigurarea continuă și după producerea Riscului Asigurat și plata despăgubirii, dacă Persoana Asigurată plătește prima de asigurare.

Odată cu plata Despăgubirii, Compania de Asigurări va restitui Beneficiarului și prima/primele de asigurare plătite de Asigurat după data producerii Riscului Asigurat până la data încasării Despăgubirii, în cazul în care Riscul Asigurat produs a avut ca efect încetarea Asigurării încheiate de către Persoana Asigurată.

Dacă Evenimentul asigurat se produce în Perioada de Acoperire Suplimentară de 10 (zece) zile și sub rezerva îndeplinirii condițiilor prevăzute în prezentul document (inclusiv cu condiția ca în Luna de Asigurare anterioară prima a fost achitată la Data Scadentă), Persoana Asigurată va beneficia de Despăgubire, urmând ca Asiguratorul să rețină din quantumul acesteia contravaloarea primei de asigurare aferentă Lunii de Asigurare în care Persoana Asigurată nu a avut în contul curent în lei la Data Scadentă disponibilul necesar plății primei de asigurare.

Modificarea acoperirii individuale

După data începerii Acoperirii Individuale și nu mai târziu de data de 20 a fiecărei luni, Persoana Asigurată poate solicita modificarea asigurării contractate inițial și implicit a nivelului de primă care va fi achitat în continuare apelând numărul de telefon **021.401.08.34** (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), de luni până vineri între orele **09:00 – 18:00**, identificându-se cu următoarele informații: Numele și Prenumele, Numărul Certificatului de Asigurare și varianta Programului de Asigurare aleasă.

Modificarea intră în vigoare începând cu Luna de Asigurare următoare celei în care Persoana Asigurată a solicitat modificarea, iar asigurarea astfel modificată va produce efecte începând cu Luna de Asigurare pentru care se plătește prima de asigurare modificată.

Încetarea Asigurării contractate de Persoana Asigurată

Asigurarea contractată de Persoana Asigurată va înceta la primul din următoarele momente:

- la 3 (trei) ani de la data încetării Poliței de Grup în temeiul căreia s-a emis Certificatul de Asigurare, din orice cauză; excepție face situația în care Polița de Grup încetează ca urmare a notificării insolvenței Băncii sau, după caz, a Companiei de Asigurări, situație în care acoperirea individuală încetează la data deschiderii procedurii de insolvență;
 - la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare, în cazul în care se închide contul curent în Lei desemnat pentru plata primelor sau încetează contractul pentru Serviciul de plată ConfortaBill;
 - la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare, în cazul în care Persoana Asigurată solicită încetarea asigurării contractate, după expirarea perioadei de gratuitate;
 - la data la care Persoana Asigurată împlinește vârsta maximă admisă (65 de ani);
 - la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Persoanei Asigurate;
 - la data formulării de către Persoana Asigurată a solicitării de încetare a asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate, calculată o singură dată de la data intrării în vigoare a acoperirii;
 - la data expirării perioadei de 6 (șase) luni consecutive de neplată;
 - la expirarea perioadei menționată la punctul (C) din prezentul articol.
- B)** Compania de Asigurări, fiind informată cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevăzute mai sus, se obligă să informeze Banca cu privire la acest eveniment și la necesitatea încetării debitării contului curent în Lei deschis la aceasta.
- (C)** Asigurarea contractată va avea o valabilitate de maxim 5 (cinci) ani, la expirarea acestei perioade existând posibilitatea de a încheia un nou contract în conformitate cu legislația aplicabilă la data respectivă. În acest sens Asigurătorul va avea obligația de a contacta asigurații cu maxim 6 (șase) luni, dar nu mai puțin de 2 (două) luni, înainte de expirarea termenului de valabilitate.

Persoana Asigurată are dreptul de a denunța unilateral contractul de asigurare în termen de 30 (treizeci) de zile calculat pentru o singură dată de la data semnării confirmării de primire a Certificatului de Asigurare conținând Termenii și condițiile asigurării, fără plata vreunei penalități. 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 Companiei de Asigurări și va trebui să conțină datele de identificare ale Persoanei Asigurate, numărul Certificatului de Asigurare și semnătura acesteia. Contractul de asigurare poate fi denunțat și telefonic la numărul de telefon 021.401.08.34 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Identificarea clienților se va face prin verificarea următoarelor informații: Numele și Prenumele Clientului, Numărul Certificatului de Asigurare și varianta Programului de Asigurare deținută.

Persoana Asigurată are dreptul de a-și retrage consimțământul dat Băncii pentru executarea oricăreia dintre operațiunile de plată inițiate de Compania de Asigurări prin intermediul serviciului ConfortaBill, cel târziu la sfârșitul zilei lucrătoare care precedă ziua Datei Scadenței primei de asigurare, formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 021.401.08.34 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom) apelabil în zilele lucrătoare 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. Reluarea serviciului se poate face doar pe baza unei cereri exprese a Persoanei Asigurate formulată cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data Scadență primei de asigurare pentru a cărei plată dorește să își dea consimțământul, apelând același număr de telefon menționat anterior.

În Luna de Asigurare pentru care nu a fost încasată prima de asigurare (indiferent de varianta Asigurării contractate) acoperirea prin asigurare se suspendă. 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.

Încetarea Acoperirii Individuale nu va afecta nicio pretenție la Despăgubire formulată ulterior intervenirii oricăruia dintre cazurile de încetare, dacă Evenimentul Asigurat s-a produs în perioada în care Acoperirea Individuală era în vigoare și cererea este în concordanță cu termenii și condițiile din Condițiile Contractuale.

Compania de Asigurări va restitui Persoanei Asigurate orice primă de asigurare plătită de aceasta după data încetării Acoperirii Individuale.

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 oricărui pretenții izvorâte din prezentul contract sunt cele din România.

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. 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 Persoana Asigurată/Reprezentanții legali se consideră vătămați în drepturile izvorâte din prezenta asigurare, se pot adresa Societății de Asigurări cu o reclamație. Orice reclamație adresată Societății de Asigurări de către 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.

Taxe, impozite și onorarii

Taxe, 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 Despăgubirea va plăti impozitele, onorariile notariale și taxele aferente acestei Despăgubiri, conform normelor legale în vigoare la data încasării acesteia.

Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică Contractelor de Asigurare

În conformitate cu prevederile Codului fiscal, 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.

Condiții speciale

Definiții

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

“VĂTĂMARE CORPORALĂ”. Oriunde ar fi folosit în prezentul document, acest termen 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.

“SUMA ASIGURATĂ” sau **„DESPĂGUBIREA”** sau **„INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE”**. Oriunde ar fi folosit în prezentul document acest termen înseamnă suma (specificată în Certificatul de Asigurare) pe care o va plăti Societatea de Asigurări în cazul producerii Riscului Asigurat.

„CONDIȚIE PREEXISTENTĂ”. Oriunde ar fi folosit în prezentul document, acest termen 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”. Oriunde ar fi folosit în prezentul document, acest termen înseamnă un stabiliment care îndeplinește toate condițiile următoare: (1) deține o licență de spital, dacă licența este cerută de către jurisdicția locală sau guvernamentală; (2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămăte, în calitate de pacienți spitalizați; (3) furnizează servicii de asistență medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal sanitar calificat; (4) dispune de un personal cuprinzând unul sau mai mulți Medici disponibili permanent; (5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și intervenții chirurgicale majore; (6) nu este, cu titlu principal, o policlinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescență sau alt stabiliment similar și nu este, altfel decât în mod incidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenți de droguri; (7) dispune de echipament pentru raze X și de facilitățile aferente de funcționare.

„SPITALIZAT”. Oriunde ar fi folosit în prezentul document, acest termen înseamnă o persoană care este internată într-un Spital ca pacient rezident timp de cel puțin o noapte, cu serviciu complet de masă și cazare.

„MEDIC”. Oriunde ar fi folosit în prezentul document, acest termen înseamnă o persoană autorizată legal pentru a practica medicina și/sau chirurgia, alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia până la gradul 2 inclusiv.

“INVALIDITATE TOTALĂ PERMANENTĂ”. Oriunde ar fi folosit în prezentul document, acest termen înseamnă că Persoana Asigurată a suferit o Vătămare Corporală, cu urmări permanente, ce o face incapabilă să se angajeze în fiecare și oricare ocupație sau funcție în schimbul unei remunerații, compensații sau unui profit.

“INVALIDITATE PARȚIALĂ PERMANENTĂ”. Oriunde ar fi folosit în prezentul document, acest termen înseamnă că Persoana Asigurată a suferit o Vătămare Corporală, 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.

“PERMANENTĂ”. Oriunde ar fi folosit în prezentele condiții de asigurare, acest termen înseamnă invaliditatea care după toate probabilitățile va continua tot restul vieții.

Riscuri asigurate

Beneficiu chirurgical de spitalizare în caz de accident

În cazul în care, ca rezultat al unei Vătămări Corporale, Persoanei Asigurate i se va acorda îngrijire medicală într-un Spital și va fi supusă unei proceduri chirurgicale necesare, prestată de un Medic, Compania de Asigurări va plăti o indemnizație de asigurare pentru costul procedurii, limitată la Procentajul din Beneficiul Maxim, specificat în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale (Tabel 1), pentru intervenția chirurgicală efectuată.

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

Pentru orice procedură nespecificată în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale (Tabel 1), Compania de

Asigurări va indemniza prin analogie cu o procedură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Companiei de Asigurări, cu excepția cazului când acea operație este exclusiv în mod expres printr-o clauză cuprinsă în prezentul document.

Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste Condiții Speciale nu se vor aplica Accidentelor care au avut ca rezultat o Vătămare Corporală care a necesitat intervenție chirurgicală cauzată sau provocată de/prin:

- a. război sau război civil;
- b. acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate;
- c. folosirea de către Persoana Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise de către medici autorizați;
- d. consumul de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Persoanei Asigurate ce depășește limitele prescrise de legislația referitoare la circulația autovehiculelor pe drumurile publice;
- e. sinuciderea și tentativa de sinucidere a Persoanei Asigurate.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud toate Accidentele care au avut ca rezultat Vătămări Corporale care au necesitat intervenție chirurgicală, cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de către:

- 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.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud de asemenea toate Accidentele care au avut ca rezultat o Vătămare Corporală care a necesitat o intervenție chirurgicală, survenită în împrejurările următoare:

- a. participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;
- b. participarea activă a Persoanei Asigurate la orice competiție implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian;
- c. călătoria cu sau conducerea de către Persoana Asigurată a unei motociclete sau scooter de mai mult de 125 cm³, dacă nu se specifică altfel printr-o anexă specială;
- d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager 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.

Dacă nu se specifică altfel, Compania de Asigurări nu va despăgubi și nu va deveni răspunzătoare pentru nicio pretenție referitoare la Accidente care au avut ca rezultat o Vătămare Corporală care a necesitat o intervenție chirurgicală cauzată direct sau indirect, total sau parțial, de către:

- a. orice anomalie congenitală;
- b. orice afecțiune, deces, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficienței Umane) și/sau orice boală legată de HIV inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite) și/sau orice mutație derivativă sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;
- c. oricare tratament pentru oricare afecțiune mintală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihiatrică, depresie mentală sau dezordine mentală;
- d. tratamente de orice natură și orice internări în instituții de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenți, centre de dezintoxicare, etc.);
- e. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi naturale sănătoase, dar lezate de un Accident;
- f. chirurgie plastică sau cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei Vătămări Corporale;
- g. orice condiție sau boală, pre-existentă sau nu.

Tabelul nr. 1 - Plăți pentru intervenții chirurgicale

Procent din Suma Asigurată

Descrierea Procedurii Chirurgicale	Procentajul Maxim (%)
ABDOMEN	
Rezecția intestinală	70
Gastro - enterostomie	60
Laparotomie în scop de diagnostic, tratament sau extirparea unuia sau mai multor organe interne	50
Dacă nu este altfel specificat în continuare, două sau mai multe proceduri chirurgicale efectuate prin aceeași incizie abdominală vor fi considerate o singură intervenție chirurgicală.	
ABCES	
Tratamentul unuia sau mai multor abcese sau abcese care necesită spitalizarea	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
Coapsa până la nivelul articulației șoldului	70
SÂNI	
Amputarea unuia sau ambilor sâni, cu rezecție radicală până în axilă	70
Amputarea 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
OCHI	
Dezlipire de retină – fuzionare multiplă	100
Enucleere	30
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
• Carpiene, 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 ca indemnizația maximă să nu depășească 100%.

APARATUL URO - GENITAL

Nefrectomie	70
Fixarea rinichiului	70
Intervenție chirurgicală pentru strictura uretrei sau deschiderea uretrei	30
Intervenție chirurgicală intra - uretrală	15
Orhitomie sau epididimectomie	25

ARTICULAȚII ȘI LUXAȚII

Incizie articulară pentru tratamentul unei boli sau tulburări funcționale, cu excepțiile menționate în continuare și cu excepția extragerii lichidului	15
--	----

Alte cazuri decât cele menționate mai sus, incizie la umăr, cot, șold sau articulația genunchiului, cu excepția extragerii lichidului

Excizia, fixarea prin operație, dezarticularea sau artroplastia la:

• umăr, șold sau coloana vertebrală	75
• genunchi, cot, încheietura mâinii sau gleznă	30

Luxație la:

• degetele de la mână sau picior, fiecare dintre acestea	5
• umăr sau cot, încheietura mâinii sau gleznă	15
• mandibulă	5
• șold sau genunchi, cu excepția rotulei	20
• rotulă	5

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

NAS

Intervenție chirurgicală intranasală de sinus maxilar	15
Intervenție chirurgicală extranasală de sinus	35

PARACENTEZĂ

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

RECT

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

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:

ASIGURĂTOR = Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București este furnizorul Programului de asigurare pentru Beneficii Chirurgicale în Caz de Accident "Medsupport", calitate în care eliberează Certificatul de Asigurare și inițiază operațiunile de plată a primelor de asigurare aferente Programului Medsupport din Contul curent al Clientului Plătitor, în conformitate cu prevederile Condițiilor Generale și Speciale de Asigurare;

BANCA = Raiffeisen Bank S.A., societate administrată în sistem dualist, cu sediul în București, Clădirea Sky Tower, , Calea Floreasca, nr. 246 C, Clădirea Sky Tower, Sector 1, număr de înregistrare în de ordine la Registrul Comerțului J40/44/1991, Cod unic de înregistrare C.U.I. 361820, Cod de înregistrare în scopuri de TVA fiscală RO361820, înregistrată în Registrul Bancar Nr. RB-PJR-40-009/1999, Decizia ASF nr.A/75/30.01.2014 completată de Decizia ASF nr. A/239/27.03.2014, înregistrata în Registrul Public al ASF sub Nr. PJR01INCR/ 400009,, 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;

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

CLIENT PLĂTITOR = persoana fizică titulară a contului curent în Lei care are calitatea de Persoană Asigurată în Programul de Asigurare "Medsupport" 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.

Serviciul este oferit de Bancă Plătitorului 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 "Medsupport" 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.** Clientul Plătitor își poate retrage consimțământul dat Băncii pentru executarea oricăreia dintre operațiunile de plată inițiate de Asigurator prin intermediul Serviciului, cel târziu la sfârșitul zilei lucrătoare care precedă ziua datei scadenței primei de asigurare (astfel cum este aceasta reglementată în Certificatul de Asigurare emis de Asigurator), formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 021.40.10.834 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom apelabil în zilele lucrătoare între orele 09:00 – 18:00). Ca urmare a unei astfel de cereri, Serviciul se suspendă și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Asigurator va fi considerată neautorizată. Reluarea Serviciului se poate face doar pe baza unei cereri exprese a Clientului Plătitor formulată

Raiffeisen Bank S.A. • Administrația Centrală • Clădirea Sky Tower, Calea Floreasca nr. 246 C, sector 1, București • Cod 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 • Înregistrată în Registrul ANSPDCP de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal cu nr. 1967 pentru scopul activității bancare și cu nr. 189 pentru scop de marketing, reclamă și publicitate • Cod de înregistrare fiscală RO361820 • Capital Social 1.200 mil. Lei • Societate administrată în sistem dualist • Cod BIC RZBRROBU • Raiffeisen Direct: *2000, cu tarif normal în rețelele Vodafone, Orange, Telekom România Mobile.

cu cel puțin (două) zile lucrătoare înainte de scadența primei de asigurare pentru a cărei plată dorește să își dea consimțământul, apelând același număr de telefon menționat anterior.

- 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.
- Art.6.** Banca va pune la dispoziția Clientului Plătitor în oricare unitate teritorială a acesteia informațiile obligatorii impuse de lege după executarea fiecărei operațiuni de plată inițiată de Asigurător, cel mai devreme în prima zi lucrătoare ce urmează zilei în care a fost debitat Contul curent.
- Art.7.** Pentru evidența operațiunilor de plată efectuate prin intermediul Serviciului, Banca va emite și comunica lunar Clientului Plătitor extrasul Contului curent, în modalitatea indicată de Clientul Plătitor.
- Art.8.** Dacă la data executării operațiunii de plată a primei de asigurare inițiată de Asigurător disponibilul din Contul curent nu acoperă integral contravaloarea primei de asigurare, Banca nu va opera plata, neefectuând plăți parțiale și nefiind ținută răspunzătoare pentru neefectuarea plății primei de asigurare. De asemenea, Banca nu va efectua plata primei de asigurare prin intermediul Serviciului în situația în care Contul curent este indisponibil ca urmare a unei măsuri legale sau a oricărei alte situații prevăzută în acest sens în documentația de Cont curent.
- Art.9.** Dacă Banca refuză executarea unei operațiuni de plată inițiate de Asigurător, Banca va pune la dispoziția Clientului Plătitor, la oricare unitate teritorială a acesteia, refuzul și motivele acestuia.
- Art.10.** Clientul Plătitor nu datorează Băncii comisioane pentru prestarea Serviciului.
- Art.11.** Banca nu va putea fi ținută răspunzătoare pentru eventualele prejudicii cauzate de Asigurător Clientului Plătitor sau de Clientul Plătitor Asigurătorului. Orice neînțelegeri referitoare la cuantumul primelor de asigurare, la sumele solicitate la plată de Asigurător prin intermediul Serviciului, la sumele debitate din Contul curent sau la sumele refuzate la plată din lipsă de disponibil, urmează să fie rezolvate fără implicarea Băncii, în condițiile menționate în Certificatul de Asigurare emis de Asigurător.
- Art.12.** Forța majoră exonerează de răspundere partea care o invocă, în condițiile legii, după înștiințarea celeilalte Părți. Partea care invocă forța majoră va înștiința cealaltă parte în termen maxim de 5 (cinci) zile de la apariție și va transmite documentele doveditoare, certificate de Camera de Comerț și Industrie a României conform legii, în termen de 15 (cincisprezece) zile. În aceleași condiții se va comunica și încetarea cazului de forță majoră.
- Art.13.** Serviciul va fi prestat de Bancă conform prezentului document pe perioada în care Contractul de Asigurare este în vigoare.
- Art.14.** Clientul Plătitor poate denunța unilateral Serviciul prin formularea telefonică a unei cereri de denunțare, sunând la numărul de telefon 021.40.10.834 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom, 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 și informațiile comunicate pe suport hârtie.
- Art.15.** Banca poate denunța unilateral Serviciul, cu notificarea prealabilă a Plătitorului, transmisă pe suport hârtie sau pe alt suport durabil, cu cel puțin 2 (două) luni înainte de data stabilită pentru încetare.
- Art.16.** Serviciul va înceta la data încetării Convenției dintre Bancă și Asigurător în baza căreia sunt inițiate și transmise de Asigurător instrucțiunile de plată a primei de asigurare din Contul curent al Clientului Plătitor, indiferent de motivul acestei încetări 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 Asigurător.
- Art.17.** Părțile convin ca orice modificare propusă de Bancă, cu privire la derularea Serviciului să fie notificată Clientului Plătitor și transmisă acestuia pe suport hârtie sau pe alt suport durabil, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, cu cel puțin 2 (două) luni înainte de data propusă pentru aplicarea acesteia.

- Art.18.** În cazul în care până la data propusă pentru aplicarea modificărilor, Clientul Plătitor nu înștiințează Banca despre neacceptarea acestor modificări, sunând la numărul de telefon 021.40.10.834 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom, 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 incorect 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 incorect, 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 măsură 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.

RAIFFEISEN BANK S.A. prin:

Cătălin Munteanu - Director, Direcția Clienți Persoane fizice



Despre Metropolitan Life:

Metropolitan Life este parte din MetLife, Inc., una dintre cele mai mari companii de asigurări de viață din lume. Înființată în 1868, MetLife oferă la nivel global asigurări de viață, planuri de pensii, beneficii pentru angajați și servicii de administrare a activelor. Cu aproximativ **100 de milioane de clienți**, MetLife are operațiuni deschise în aproape **50 de țări** și deține poziții de conducere în piețe din Japonia, America Latină, Asia, Europa și Orientul Mijlociu.

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.



Banking așa cum trebuie

Raiffeisen Bank S.A.

Clădirea Sky Tower, Calea Floreasca, nr. 246C, Sector 1, București, Cod 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, 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, cu tarif normal în rețelele Vodafone, Orange, Telekom Romania Mobile

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



05720719 © 2018 MetLife, INC.