

Definitii:

În înțelesul prezentelor condiții de asigurare, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

- ❖ **Accident:** Un eveniment brusc și neprevăzut care survine independent de voința asiguratului, datorat unor cauze exterioare corpului omenesc (excepție făcând infecțiile bacteriene, fungice, virale, etc.), care produce vătămări corporale ce pot fi stabilite în mod obiectiv și care are ca rezultat producerea riscurilor asigurate.
- ❖ **Afecțiune acută:** Simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție de scurtă durată, de care Asiguratul nu avea cunoștință, care în urma unui tratament adecvat, pe termen scurt, duce la reîntoarcerea la starea de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.
- ❖ **Asigurat:** Persoană fizică, desemnată de Contractant, a cărei stare de sănătate reprezintă obiectul asigurării și căreia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în contractul de asigurare.
- ❖ **Asigurător:** Societatea **EUROINS România Asigurare-Reasigurare S.A.**, persoană juridică autorizată să exercite activități de asigurare și reasigurare, numită în continuare **EUROINS**.
- ❖ **Boală/îmbolnăvire:** Modificare a stării de sănătate determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice sau de laborator specifice.
- ❖ **Call Center medical EuroMed:** Serviciu telefonic specializat al **EUROINS**, unde apelul Asiguratului va fi preluat întotdeauna de un medic, care în baza conversației asigură consilierea medicală primară și programarea către serviciul medical necesar.
- ❖ **Clauze contractuale:** Prevederi menționate în contractul de asigurare, care stabilesc cel puțin drepturile și obligațiile părților contractante.
- ❖ **Condiție (afecțiune) medicală preexistentă:** Orice condiție medicală (boală, vătămare/rănire din accident etc.) cunoscută Asiguratului anterior includerii pentru prima dată în asigurare, pentru care s-au primit recomandări și tratamente (inclusiv prescriere de medicamente) sau pentru care s-au manifestat simptome.
- ❖ **Contractant:** Persoană fizică sau juridică, menționată în polița de asigurare care încheie și semnează, prin împuternicitul său, cu **EUROINS** contractul de asigurare (în numele și în beneficiul Asiguratului) și care are obligația plății primelor de asigurare; drepturile și obligațiile Contractantului sunt prevăzute în acest contract.
- ❖ **Contract de asigurare:** Act juridic bilateral încheiat între **EUROINS** și Asigurat/Contractant care reglementează relațiile reciproce. Contractul de asigurare cuprinde oferta de asigurare, polița de asigurare, planurile de asigurare, condițiile generale de asigurare și eventuale documente anexe.
- ❖ **Coplată sau franșiză:** Suma fixă sau procent din cuantumul despăgubirii reprezentând partea din despăgubire care rămâne în sarcina Asiguratului și care nu se acoperă de către Asigurător.
- ❖ **Data intrării în vigoare**
❖ **Data expirării:** Data înscrisă în Polița de asigurare de la care începe răspunderea Asigurătorului.
- ❖ **Dependent:** Soțul/soția Asiguratului și/sau copiii minori, cu vârsta între 1 an și 18 ani.
- ❖ **Despăgubire/Indemnizație:** Suma pe care **EUROINS** o achită furnizorului de servicii medicale sau Asiguratului, în funcție de planul de asigurare sau acoperirile suplimentare, la producerea riscului asigurat, conform condițiilor generale și planului de asigurare.
- ❖ **Documente justificative de decontare:** Documentele pe care le eliberează furnizorul de servicii medicale către **EUROINS**.
- ❖ **Eveniment asigurat:** Un eveniment întâmplător și incert, generator de costuri/cheltuieli medicale și acoperit prin contractul de asigurare, care poate conduce la accesarea de către Asigurat a serviciilor medicale.
- ❖ **Excluderi:** Circumstanțe sau condiții specifice menționate în contractul de asigurare pentru care nu se acordă servicii medicale sau indemnizații.
- ❖ **Forța majoră:** Situație imprevizibilă la data încheierii asigurării și insurmontabilă în momentul apariției, definită de lege și care face imposibilă executarea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare.
- ❖ **Intervenție chirurgicală:** Procedură intervențională efectuată la recomandarea unui medic de specialitate exclusiv în scop terapeutic care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- ❖ **Limită acoperiri/Sumă asigurată:**

- este practică conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății într-o secție chirurgicală a unui spital sau a unui centru medical ambulator care are autorizare, acreditare explicită pentru furnizarea serviciului medical respectiv;

- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
- ❖ **Limite teritoriale:**

Cheltuiala/accesarea maximă pentru un anumit beneficiu din asigurare care poate fi efectuată pentru întreaga perioadă asigurată.
- ❖ **Litigii:**

Acoperirea este valabilă pe teritoriul României.
- ❖ **Medic:**

Neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile contractului de asigurare.

Persoană fizică, absolventă și licențiată a unei instituții de învățământ universitar medical din România (ori din străinătate și echivalată potrivit legii), confirmată în una sau mai multe specialități medicale, recunoscută de Colegiul Medicilor din România și posesoare a unei Autorizații de Liberă Practică valabile.
- ❖ **Necesitate medicală:**

Un serviciu sau un produs medical prestat de un furnizor medical autorizat este considerat necesar dacă medicul stabilește că este util pentru diagnosticul, asistența medicală sau tratamentul bolii sau leziunii în cauză.

Pentru a fi acceptat ca necesar, serviciul sau produsul medical trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

 - a) să fie tratament sau mijloc de asistență medicală capabil atât să producă o evoluție pozitivă semnificativă în conformitate cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.), cât și să nu agraveze atât boala cât și starea generală de sănătate a Asiguratului, mai mult decât orice alt mijloc alternativ de tratament sau asistență medicală;
 - b) să fie o procedură de diagnostic indicată de starea de sănătate a Asiguratului și să furnizeze informații necesare stabilirii unui diagnostic.
- ❖ **Perioadă de așteptare:**

Perioada de timp, menționată în polița de asigurare, calculată de la data intrării în vigoare a poliței, în care nu se acoperă costurile/cheltuielile medicale și nu se acordă indemnizații/despăgubiri, prevăzută în condițiile generale și planul de asigurare, cu excepția evenimentelor cauzate de accidente.
- ❖ **Perioadă de grație:**

Perioada de timp după scadența unei rate de primă neachitate în care se poate plăti prima restantă și în care răspunderea Asiguratorului rămâne în vigoare.
- ❖ **Perioadă de grație reînnoire:**

Perioada de timp după expirarea poliței de asigurare în care se poate plăti prima aferentă unui nou an de asigurare.
- ❖ **Perioadă de suspendare:**

Perioada de timp după terminarea perioadei de grație în care răspunderea Asiguratorului încetează dar în care se pot plăti primele restante pentru repunerea în vigoare a contractului.
- ❖ **Persoană eligibilă:**

Orice persoană română, străină sau apatridă, cu vârsta între 1-65 ani, care îndeplinește condițiile de asigurare prevăzute de legea asigurărilor private de sănătate 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.
- ❖ **Polița de asigurare:**

Document semnat între **EUROINS** și Asigurat/Contractant care dovedește încheierea contractului de asigurare.
- ❖ **Prima de asigurare:**

Suma datorată de Contractantul asigurării în schimbul asumării riscului de către **EUROINS** conform clauzelor stabilite în contractul de asigurare.
- ❖ **Recomandare medicală:**

Parte integrantă a raportului medical, emisă în formă scrisă, în urma unei examinări clinice și paraclinice, care cuprinde: diagnostic sau suspiciune diagnostic, analize/investigații medicale recomandate în concordanță cu diagnosticul pus/suspicionat, etc.
- ❖ **Reînnoirea contractului:**

Continuarea valabilității contractului de asigurare pentru o nouă perioadă, în aceleași condiții stabilite inițial de către părți sau printr-o nouă negociere.
- ❖ **Repunere în vigoare:**

Reluarea sau continuarea beneficiilor acoperite de un contract de asigurare întrerupt din cauza neplății primelor de asigurare la scadență conform prezentelor condiții de asigurare.
- ❖ **Rețea de furnizori de servicii medicale:**

Totalitatea furnizorilor de servicii medicale, autorizați de Ministerul Sănătății Publice să acorde servicii medicale conform legii, aflați în relații contractuale cu **EUROINS**.
- ❖ **Second opinion (a doua opinie medicală):**

Este procesul de a solicita o evaluare de către un alt medic primar, pentru a confirma diagnosticul și planul de tratament al unui medic specialist sau pentru a oferi un diagnostic alternativ și/sau abordare de tratament.

- ❖ **Servicii ambulatorii:** Servicii/tratamente medicale curative acordate asiguratului în cadrul unei unități sanitare acreditate care nu necesită spitalizare continuă sau orice alte facilități pentru îngrijire medicală incluzând analize de laborator, radiografii, proceduri medicale nucleare folosite pentru a diagnostica și trata afecțiunile medicale.
- ❖ **Servicii medicale acoperite:** Totalitatea serviciilor medicale la care Asiguratul este îndreptățit în virtutea contractului de asigurare.
- ❖ **Spital:** O instituție de tratament publică sau privată cu paturi, care îndeplinește simultan următoarele condiții:
- funcționează în conformitate cu legile statului în care este acreditat, având toate autorizațiile necesare;
 - are ca activitate principală acordarea de servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG);
 - acordă îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați, cu consemnarea zilnică a stării clinice și a procedurilor de diagnostic și tratament aplicate acestora;
 - dispune de aparatură și echipamente medicale adecvate și de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare (cu diplomă de specialitate recunoscută în statul în care profesază și are drept de liberă practică), pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, corespunzător diagnosticului principal formulat la internarea pacientului;
 - dispune de un serviciu de gardă permanentă cu medici și personal auxiliar;
- Nu sunt considerate Spitale: policlinicile, clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare, casele de odihnă sau convalescență, sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de fiziologie, azilele de bătrâni și unitățile destinate internării cazurilor sociale, cabinetele fizioterapeutice și sanatoriile balneare, instituțiile de "nursing" sau de îngrijiri medicale la domiciliu și structurile pentru "spitalizare de zi", instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, unitățile pentru tratarea persoanelor dependente de alcool sau de narcotice.
- ❖ **Spitalizare:** Perioadă continuă de internare într-o secție dintr-un Spital, de minim 24 de ore, cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru urmările unui eveniment asigurat, pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv. Este acoperită numai spitalizarea efectuată la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale.
- ❖ **Tratament:** Procedură medicală/chirurgicală necesară bazată pe practici medicale autorizate și efectuate exclusiv în scopul vindecării, prevenirii complicațiilor sau ameliorării suferinței.
- ❖ **Tratament sau procedură medicală efectuate în scop experimental:** Orice medicament, dispozitiv, procedură sau tratament vor fi considerate experimentale dacă:
- a) datele privind siguranța și efectele pe termen lung ale tratamentului sau procedurii respective, publicate în literatura de specialitate în urma efectuării studiilor clinice, sunt insuficiente, sau deși îndeplinesc criteriile impuse de legislație, nu s-a început promovarea lor;
 - b) sunt certificate de către autoritatea medicală națională drept tratamente sau proceduri experimentale;
 - c) toate protocoalele existente, specifice tratamentelor sau procedurilor respective, recunosc încadrarea acestora la stadiul experimental.
- ❖ **Transport medical asistat (Ambulanță)**
- ❖ **Urgență medicală:** Transportul de urgență al pacienților care necesită monitorizare și îngrijiri medicale, pe durata transportului, asigurate de medic sau asistent medical.
- O vătămare sau o afecțiune acută, ce presupune un risc imediat pentru viața persoanei sau afectează sănătatea acesteia pe termen lung și care necesită îngrijiri medicale imediate, conform legislației în vigoare.
- ❖ **Zi de spitalizare:** Se consideră o zi de spitalizare, ziua calendaristică indiferent de ora internării și externării Asiguratului, de minim 24 de ore și cu întocmirea Foii de internare.

Art. 1 OBIECTUL ASIGURĂRII

1.1 EUROINS, în baza contractului de asigurare și în schimbul primei de asigurare plătite de către

Asigurat/Contractant, se obligă ca, la producerea evenimentelor asigurate, în perioada asigurată și în limitele teritoriale menționate în polița de asigurare, să

acopere costurile/cheltuielile medicale generate de accidentarea și/sau îmbolnăvirea Asiguratului și care au avut ca urmare accesarea beneficiilor acoperite, conform planului de asigurare menționat în poliță.

1.2 Calitatea de Asigurat se poate atribui oricărei persoane care îndeplinește cumulativ următoarele condiții de eligibilitate:

1.2.1 are domiciliul sau rezidența pe teritoriul României;

1.2.2 îndeplinește condițiile de asigurare prevăzute de lege și are dreptul la pachetul de servicii medicale de bază în temeiul asigurărilor sociale de sănătate, conform prevederilor legale și care poate încheia un contract de asigurare voluntară de sănătate;

1.2.3 are vârsta de intrare în asigurare cuprinsă între 1 și 65 ani, la data intrării în vigoare a poliței. În sensul prezentelor condiții generale de asigurare se ia în calcul vârsta în ani împliniți.

1.3 Persoana dependentă, dacă nu se convine altfel în scris, are aceleași drepturi ca și Asiguratul.

Art. 2 RISCURI ASIGURATE

În baza prezentelor condiții sunt asigurate, în perioada de valabilitate a poliței, riscurile de îmbolnăvire sau accidentarea Asiguratului, în conformitate cu planul de asigurare anexat prezentelor condiții și înscris în polița de asigurare, convenite la încheierea asigurării.

Art. 3 EXCLUDERI

Contractul de asigurare nu acoperă riscuri a căror producere este determinată direct sau indirect, total sau parțial de una sau mai multe din următoarele cauze:

3.1 orice serviciu medical care nu este menționat în planul de asigurare anexat contractului;

3.2 evenimente produse în perioada de așteptare, precizată în contractul de asigurare;

3.3 orice afecțiune medicală preexistentă, cronică sau incurabilă despre a căror existență Asiguratul avea cunoștință în momentul încheierii asigurării și/sau în momentul intrării în vigoare a asigurării;

3.4 urmările războiului (declarat sau nu), ale invaziei sau acțiunii unui dușman extern, ale războiului civil, revoluției, insurecției, dictaturii militare, conspirației, actelor de terorism;

3.5 urmările exploziilor atomice, radiațiilor sau infestărilor radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice sau a materialelor fisionabile și urmările poluării, precum și orice costuri legate direct sau indirect de acțiuni întreprinse cu scopul de a controla, a preveni sau a suprima orice eveniment menționat anterior;

3.6 tentativa de sinucidere sau autorânire a Asiguratului și urmările acesteia, indiferent de starea lui de rațiune (chiar dacă acesta s-a aflat într-o stare mintală care exclude discernământul);

3.7 urmările consumului de alcool, droguri sau alte substanțe care creează dependență, abuzul ori utilizarea de medicamente fără prescripție medicală

(inclusiv tratamente sau cure de dezintoxicare/dezalcoolizare);

3.8 comiterea cu intenție sau tentativa de săvârșire de către Asigurat a unor fapte incriminate de legea penală;

3.9 evenimente produse în caz de cutremur, inundații, incendii și orice alte dezastre naturale;

3.10 orice fel de boli mintale, tulburări psihosomatice sau obnubilare, atacuri de epilepsie, precum și urmările acestora;

3.11 consecințele infectării cu bacilul Koch (TBC), malarie și antrax, precum și cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății), indiferent de modul de transmitere;

3.12. proceduri medicale experimentale sau care se folosesc în cercetarea medicală nerecunoscute/neomologate de către instituțiile abilitate;

3.13. prevenirea îmbolnăvirii (servicii medicale profilactice), screening medical;

3.14 orice cheltuieli în legătură cu nașterea copilului, precum și tratamente sau controale medicale specifice stării de graviditate; de asemenea, este exclusă spitalizarea ca urmare a sarcinii asiguratei, precum și spitalizarea ca urmare a unor complicații apărute după naștere;

3.15 avortul voluntar, nefiind necesar din motive medicale;

3.16 inseminarea artificială/fertilizarea în vitro, schimbarea sexului, infertilitate, sterilitate, disfuncții sexuale, măsuri anticoncepționale, incluzând montarea și îndepărtarea dispozitivelor contraceptive și orice alte contraceptive chiar dacă sunt prescrise din motive medicale;

3.17 boli cu transmitere sexuală;

3.18 costuri de cazare pentru însoțitori, chiar în situații special impuse;

3.19 Asiguratorul este exonerat de răspundere și nu plătește despăgubiri pentru serviciile medicale acordate de furnizori de servicii medicale neagreați de Asigurator sau aflați în afara limitelor teritoriale specificate în contractul de asigurare;

3.20 teste/analize genetice – screening;

3.21 tratamente regulate de întreținere, îngrijiri paleative sau tratamente efectuate în cazul cancerului sau unor boli cronice, dializa, chimioterapie, radioterapie;

3.22 servicii medicale acordate de către membrii familiei asiguratului (soț, soție, părinți, copii);

3.23 cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact, tratamente pentru corectarea viciilor de refracție inclusiv keratectomie (fotorefractivă);

3.24 servicii de nursing, îngrijire la domiciliu;

3.25 spitalizarea sau serviciile medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului;

3.26 spitalizarea sau serviciile medicale acordate ca urmare a diagnosticării sau tratamentului greșit acordat de un cadru medical (culpă medicală certificată);

3.27 servicii spitalicești (recuperare, reabilitare, balneologice) pentru afecțiuni cronice sau acordate în: unități destinate persoanelor dependente de alcool/substanțe psihoactive, unități destinate îngrijirii bătrânilor și azile de bătrâni, unități/spitale medicosociale, secții destinate cazurilor sociale a bolnavilor cronici, convalescenților, instituții de nursing sau de îngrijiri medicale la domiciliu, sanatorii balneare și secțiile de balneofizioterapie, clinici de chirurgie estetică și înfrumusețare, sanatorii și preventorii TBC, unități/secții de pneumoftiziologie și ftiziologie;

3.28 chirurgia estetică sau orice alt tratament, activitate efectuată în scop cosmetic sau estetic, cu excepția tratamentului necesar pentru corectarea unor defecte funcționale ca urmare a unui accident (rațiunea pur psihologică nu este validă). De asemenea, sunt excluse tratamentul venelor varicoase, tratamentele de scădere a greutateii, tratamentele dermatologice efectuate în scop estetic;

3.29 produse clasificate ca: vitamine, minerale, suplimente nutriționale sau dietetice, produse cosmetice, chiar dacă sunt prescrise de un medic sau sunt recunoscute ca având efecte terapeutice;

3.30 tratamente/investigații pentru afecțiunile apărute ca urmare a faptului ca Asiguratul ignoră, nu respectă sau acționează împotriva indicațiilor și recomandărilor medicului care îl tratează; de asemenea, nu sunt acoperite urmările automedicației sau a tratamentului urmat de asigurat fără prescripție medicală;

3.31 boli sau leziuni consecutive practicării la nivel profesionist a oricărui sport atât în timpul antrenamentelor, cât și al competițiilor, practicarea la nivel de amator sau profesionist a unor activități considerate periculoase cum ar fi alpinism, scufundări, arte marțiale, curse de vehicule motorizate, rugby, speologie, box, parapantă, alte activități (aeronautice) de planare în aer nedestinate transportului autorizat de persoane, activități de navigație, K1, lupte de corp, etc.

Art. 4 TERITORIALITATE

Asigurarea este valabilă numai pe teritoriul României.

Art. 5 PERIOADA DE RĂSPUNDERE A EUROINS

5.1 Răspunderea **EUROINS** începe de la ora 00:00 a datei indicate în poliță, dar nu înainte de ora 00:00 a zilei următoare celei în care s-a plătit prima de asigurare/prima rată/rata scadentă.

5.2 Răspunderea **EUROINS** încetează:

5.2.1 Răspunderea Asiguratorului încetează la ora 24:00 a ultimei zile din perioada pentru care s-a încheiat asigurarea și s-au plătit primele de asigurare;

5.2.2 în caz de deces al Asiguratului;

5.2.3 cu acordul ambelor părți;

5.2.4 prin denunțare unilaterală, sub forma unei scrisori recomandate cu confirmare de primire, cu un preaviz de 30 zile calendaristice;

5.2.5 în caz de forță majoră.

5.3 Contractul de asigurare se reînnoiește, prin plata primei de asigurare, în perioada de grație de 15 zile de la expirarea poliței anterioare, dacă nu intervine denunțarea cu cel puțin 30 zile înainte de expirarea anului de asigurare. Răspunderea **EUROINS** în cazul poliței reînnoite va începe conform prevederilor art. 5.1 de mai sus.

5.4 În cazul în care reînnoirea poliței de asigurare se realizează în termen de 15 zile de la expirarea poliței anterioare, asiguratul beneficiază de toate drepturile care derivă din reînnoirea poliței.

Art. 6 MODUL DE ÎNCHEIERE A ASIGURĂRII

6.1 Asigurarea se încheie pe o perioadă de 1 (unu) an.

6.2 Contractul de asigurare se consideră încheiat dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

6.2.1 a fost efectuată plata primei de asigurare stabilită conform ofertei de asigurare și aceasta a fost confirmată Asiguratorului;

6.2.2 Asiguratorul a emis polița de asigurare.

6.3. Polița de asigurare se emite în baza ofertei de asigurare completată, semnată și ștampilată de către Contractant, Asigurat și de un reprezentant autorizat al Asiguratorului.

6.4 Prin semnarea poliței de asigurare, Asiguratul împuternicește orice furnizor de servicii medicale, eliberându-i pe medici de secretul profesional, să furnizeze toate datele/informațiile medicale necesare Asiguratorului pentru plata despăgubirilor.

6.5 Protecția prin asigurare începe odată ce a fost achitată rata inițială a primei de asigurare și a fost emisă polița, în limitele specificate de condițiile generale, însă nu înainte de data începerii asigurării menționată în polița de asigurare.

6.6 Contractul de asigurare se încheie în formă scrisă și cuprinde în mod obligatoriu:

6.6.1 Oferta de asigurare;

6.6.2 Polița de asigurare;

6.6.3 Planul de asigurare;

6.6.4 Condițiile generale de asigurare;

6.6.5 Lista partenerilor medicali agreați;

6.6.6 Eventuale documente anexe.

6.7 Contractul de asigurare nu se poate dovedi prin martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă.

6.8 În cazul pierderii, deteriorării sau distrugerii totale sau parțiale a poliței de asigurare, Asiguratorul poate emite la cererea scrisă a Contractantului, un duplicat al poliței de asigurare, costurile fiind suportate de Asigurator. Polița pierdută nu mai are valabilitate.

ART. 7 LIMITĂ ACOPERIRI/SUMA ASIGURATĂ

Limitele de acoperire și suma asigurată sunt menționate în Planul de asigurare atașat Poliței.

Art. 8 PRIMA DE ASIGURARE

8.1 Primele de asigurare, se pot achita anticipat și integral pentru întreaga perioadă asigurată menționată în poliță sau eșalonat în rate semestriale și trimestriale, din care prima rată se plătește înainte de intrarea în vigoare a poliței iar următoarea anterior datei scadente menționate în aceasta.

8.2 Plata primelor de asigurare, calculate de Asigurător, se va efectua de către Contractant în moneda poliței și poate fi făcută în numerar sau prin ordin de plată.

8.3 Contractantul este direct răspunzător pentru plata primelor datorate în baza poliței.

8.4 În cazul întârzierii plății primelor de asigurare, Contractantul/Asiguratul beneficiază de un termen de grație de 15 zile de la data scadenței prevăzută în poliță, acoperirea prin asigurare fiind validă până la expirarea acestui termen.

8.5 Dacă prima de asigurare nu a fost platită în perioada de grație, contractul de asigurare este suspendat pe o perioadă de alte 30 de zile, după care este reziliat de drept fără nicio obligație din partea Asigurătorului. În perioada de suspendare răspunderea Asigurătorului încetează.

8.6 În cazul polițelor cu plata eșalonată, neachitate în termen de 45 zile de la data scadenței a ratei, Asigurații care au beneficiat de serviciile medicale asigurate prin prezentul contract de asigurare, sunt obligați la plata integrală a primei anuale.

Art. 9 REZILIEREA ȘI DENUNȚAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

9.1 Oricare dintre cele două părți contractante are dreptul să ceară în scris rezilierea Contractului de asigurare în cazul în care cealaltă parte nu își execută sau își execută în mod necorespunzător, din culpă, obligațiile asumate prin acesta, situație în care Contractul de asigurare își încetează efectele, adică se întrerupe valabilitatea asigurării de plin drept și fără nici o punere în întârziere, începând cu data luării la cunoștință de către Asigurător sau Contractant, după caz, a cererii de reziliere.

9.2 Rezilierea și/sau denunțarea contractului se poate face de către Contractant/Asigurat printr-o cerere scrisă depusă cu minim 30 de zile înainte de data de expirare menționată în poliță. În această situație Contractul de asigurare își încetează efectele, începând cu data luării la cunoștință de către Asigurător a cererii de reziliere.

9.3 În cazul încetării raporturilor de asigurare conform prevederilor prezentului contract, se restituie, la cererea scrisă a Contractantului/Asiguratului, parte din prima de asigurare netă (prima de asigurare plătită mai puțin cheltuielile de administrare ale **EUROINS**), aferentă perioadei de asigurare neexpirate calculată lunar (orice fracțiune de lună de asigurare acoperită se va considera lună întreagă), doar dacă nu s-au plătit sau nu se datorează costuri/cheltuieli medicale

generate de accidentarea și/sau îmbolnăvirea asiguratului.

9.4 EUROINS nu va restitui prima de asigurare în următoarele situații:

9.4.1 la solicitarea unilaterală a Contractantului/Asiguratului dacă s-au plătit sau se datorează costuri/cheltuieli medicale generate de accidentarea și/sau îmbolnăvirea Asiguratului;

9.4.2 în cazul încheierii la termen a contractului de asigurare;

9.4.3 în cazul decesului persoanei Asigurate.

9.5 Acoperirea prezentului Contract de asigurare încetează de drept pentru fiecare Asigurat, în următoarele situații:

9.5.1 automat, odată cu rezilierea Contractului;

9.5.2 la încheierea Perioadei de asigurare înscrisă în poliță;

9.5.3 în situația în care Contractantul nu a achitat prima de asigurare în termen de 45 de zile de la data ultimei scadențe;

9.5.4 în cazul decesului Asiguratului.

9.6 Asigurătorul va putea rezilia contractul în momentul în care ia la cunoștință de faptul că datele comunicate de Contractant/Asigurat sunt incorecte sau incomplete. În asemenea situații, Asigurătorul este exonerat de orice fel de obligații.

9.7 În situația de inducere intenționată în eroare din partea Contractantului asigurării, Asigurătorul poate să rezilieze contractul de asigurare, fiind exonerat de orice obligații.

9.8. În situațiile prezentate la art. 9.6 și 9.7, Asigurătorul are de asemenea dreptul de a recupera de la Contractant orice sume cheltuite pentru Asigurat sub formă de beneficii de asigurare în baza unor premise eronate, inclusiv dobânzile calculate pe baza calculului actuarial, la acestea. Asigurătorul va urma în acest sens toate formalitățile și procedurile prevăzute de lege.

ART. 10 DREPTURI ȘI OBLIGAȚII

10.1 Drepturile Contractantului:

10.1.1 să primească contractul de asigurare și toate informațiile necesare privind drepturile și obligațiile care rezultă din contract;

10.1.2 să repună contractul aflat în perioada de suspendare sau de grație cu condiția achitării primelor de asigurare restante.

10.2 Drepturile Asiguratului:

Asiguratul are dreptul de a beneficia de serviciile medicale descrise în Planul de asigurare (atașat Poliței de asigurare), în unitățile medicale agreate de Asigurător. Asiguratul va primi toate informațiile necesare privind drepturile și obligațiile care rezultă din contract.

10.3 Obligațiile Contractantului:

10.3.1 să dea răspunsuri exacte și complete în documentele întocmite la încheierea poliței sau solicitate ulterior de către Asigurător;

10.3.2 să furnizeze toate informațiile și probele documentare solicitate de Asigurător și să permită acestuia să facă investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat. În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a denunța unilateral polița de asigurare;

10.3.3 să anunțe în scris Asigurătorul cu privire la schimbarea sediului/domiciliului. În caz contrar Asigurătorul își rezervă dreptul de a trimite toată corespondența la ultimul sediu/domiciliu cunoscut al Contractantului, cu efect juridic pentru contract;

10.3.4 să informeze **EUROINS** în maximum 48 de ore de la data luării la cunoștință despre orice modificare a datelor luate în considerare la emiterea poliței;

10.3.5 să achite primele de asigurare în cuantumul și la termenele convenite, inclusiv prima aferentă lunii în care contractul de asigurare încetează;

10.3.6 să continue plata ratelor de primă în cursul/după terminarea evenimentului asigurat.

10.4 Obligațiile Asiguratului:

10.4.1 să solicite programarea serviciilor medicale de care va beneficia, în baza contractului de asigurare, exclusiv prin serviciul de **Call Center medical EuroMed** la numărul de telefon **031.9483**.

Excepție fac urgențele medico-chirurgicale, în situația în care contactarea serviciului de Call Center nu a fost posibilă. În acest caz înștiințarea Asigurătorului se va face în maximum 3 zile.

10.4.2 să prezinte clinicii medicale prestatoare dovada stabilirii diagnosticului (în cazul accesării consultației de tip „second opinion”) sau alte documente medicale solicitate de medicii de la Call Center (în cazul accesării altor servicii medicale acoperite prin planul de asigurare ales).

10.4.3 să ia măsurile necesare minimizării duratei evenimentului asigurat, respectând recomandările medicilor curanți, urmând cu strictețe tratamentul prescris, abținându-se de la activități care îi pot afecta/influența negativ recuperarea;

10.4.4 să comunice Asigurătorului toate informațiile și documentele medicale solicitate de acesta oferind suportul necesar obținerii tuturor documentelor justificative (ex. facturi, chitanțe, raport medical, copie după protocolul operator, fișa de spitalizare, confirmări privind plata despăgubirilor de către alte societăți de asigurare);

10.4.5 să declare existența altor asigurări care acoperă aceleași servicii medicale.

10.5 Drepturile Asiguratului:

În cazul neîndeplinirii de către Contractant/Asigurat a obligațiilor prevăzute la **art. 10.3 și 10.4, EUROINS** are dreptul, după caz:

10.5.1 să solicite anularea contractului de asigurare în cazul în care, cunoscând exact împrejurările, nu ar fi încheiat contractul sau l-ar fi încheiat în condiții speciale; în această situație, Contractantul/ Asiguratul va restitui **EUROINS** orice sume încasate cu titlu de despăgubire sau achitate de **EUROINS** furnizorilor de

servicii medicale ca urmare a producerii riscului asigurat și a accesării de către Asigurat a acestor servicii;

10.5.2 să rezilieze contractul de asigurare prin notificare scrisă transmisă Asiguratului cu confirmare de primire, rezilierea devenind efectivă începând cu ora 00:00 a zilei următoare datei înscrise pe confirmarea de primire;

10.5.3 să solicite modificarea contractului cu ajustarea corespunzătoare a primei de asigurare; dacă Asiguratul nu este de acord, contractul se va rezilia cu efect de la data solicitării de modificare;

10.5.4 să refuze plata despăgubirii/acordarea serviciilor medicale sau să o ajusteze corespunzător influenței informațiilor tănuite/incorecte asupra producerii evenimentului asigurat/determinării primelor de asigurare.

10.5.5 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita o examinare suplimentară a stării de sănătate a Asiguratului în vederea stabilirii necesității medicale care a impus accesarea serviciilor medicale acoperite. Examinarea suplimentară va fi făcută de către medici agreați de către Asigurător, în acest caz costurile cu examinarea fiind suportate de către Asigurător.

10.6 Obligațiile Asiguratului:

Asigurătorul este obligat ca la încheierea contractului de asigurare de sănătate să ofere Asiguratului toate informațiile necesare privind drepturile și obligațiile rezultând din contract, în vederea protejării intereselor asiguraților. Informațiile furnizate de către cei interesați să încheie un contract de asigurări de sănătate sunt confidențiale. Divulgarea informației asupra stării de sănătate a asiguraților se face numai cu permisiunea expresă scrisă a acestora sau în situațiile prevăzute de lege.

Art. 11 CONSTATAREA ȘI PLATA SERVICIILOR MEDICALE/INDEMNIZAȚIILOR DE ASIGURARE

11.1 Toate serviciile medicale menționate în Condițiile generale și planul de asigurare vor fi programate exclusiv prin intermediul serviciului de **Call Center medical EuroMed** și vor fi efectuate în rețeaua de clinici agreate de **EUROINS**.

11.2 Pentru constatarea producerii riscurilor asigurate descrie în planul de asigurare și preluarea costurilor serviciilor medicale de către Asigurător, în funcție de riscul produs, Asiguratul trebuie să pună la dispoziție: documente medicale care atestă diagnosticul și recomandările medicale privind diagnosticarea/tratamentul.

11.3 Serviciul de **Call Center medical EuroMed** poate fi apelat la numărul de telefon **031.9483** înscris pe polița de asigurare.

11.4 Serviciile medicale de care a beneficiat Asiguratul și care nu au fost programate prin intermediul **Call Center-ului medical EuroMed** nu se despăgubesc de către Asigurător.

11.5 Plățile pentru serviciile medicale acordate Asiguratului vor fi efectuate de Asigurător direct către furnizorii de servicii medicale agreați.

11.6 În vederea stabilirii valorii indemnizațiilor de asigurare, Asiguratul trebuie să autorizeze **EUROINS** să obțină toate informațiile cu caracter medical considerate necesare, de la terțe persoane (medici, unități sanitare, etc.) și să elibereze aceste persoane de obligația de a păstra secretul profesional cu privire la aceste date.

12. DISPOZIȚII FINALE

12.1 EUROINS nu are obligația să reamintească Contractantului/Asiguratului data scadentă a ratelor de primă.

12.2 Asigurarea încheiată potrivit prezentelor Condiții generale este supusă legilor și practicilor din România, iar prezentele Condiții se completează cu prevederile legale în vigoare privitoare la asigurări.

12.3 Dreptul de a ridica pretenții față de **EUROINS** privind achitarea despăgubirii, se stinge în termen de doi ani de la data producerii evenimentului asigurat.

12.4 Adresele la care Asigurătorul/Contractantul asigurării primește corespondența sunt cele prevăzute în polița de asigurare sau în alte înscrisuri prin care părțile își anunță modificarea adreselor.

12.5 Toate comunicările între părți se vor face în formă scrisă la adresele menționate în polița de asigurare.

12.6 Comunicările adresate Asigurătorului prin scrisoare recomandată produc efecte juridice de la data înregistrării acesteia la oficiul poștal al destinatarului sau la registratura/secretariatul destinatarului.

12.7 Comunicările adresate Contractantului în scris la ultima adresă declarată de acesta au efect juridic pentru polița de asigurare.

12.8 Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu acest contract de asigurare, inclusiv referitor la

validitatea, interpretarea, executarea ori desființarea acestuia, se va soluționa potrivit legii, de către instanțele de judecată competente din România.

12.9 Toate taxele/impozitele/spezele bancare care se referă la plata primelor de asigurare/despăgubirilor sunt suportate, după caz, de Asigurat/Contractant.

12.10 Orice modificare a conținutului prezentelor condiții impuse de o schimbare legislativă sau de o decizie a organelor de drept, va fi acceptată necondiționat de ambele părți.

12.11 Prin semnarea prezentului contract de asigurare Contractantul/Asiguratul declară că a fost informat și cunoaște toate informațiile în legătură cu prezentul contract de asigurare încă dinaintea semnării lui.

12.12 Fondul de Garantare furnizează protecție de ultimă instanță pentru asigurați, beneficiarii asigurării, precum și terțe persoane păgubite, în cazul în care o societate de asigurare este declarată în stare de insolabilitate și nu mai este în măsură să își îndeplinească angajamentele asumate prin contractele de asigurare încheiate. Fondul se constituie prin contribuția tuturor societăților de asigurare și efectuează plăți de despăgubiri și sume asigurate către creditorii de asigurări ai societăților de asigurare aflate în faliment. Plățile pot fi efectuate către creditorii de asigurări numai dacă aceștia depun o cerere în acest sens și prezintă toate documentele solicitate potrivit legislației în vigoare. Fondul de Garantare a Asiguraților este administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară prin Departamentul Fond de Garantare și face parte integrantă din structura organizatorică.

12.13 Redactat în două exemplare originale, câte un exemplar pentru fiecare parte semnatară.

ASIGURAT/ CONTRACTANT, ASIGURĂTOR,