

CONDIȚII GENERALE SI SPECIFICE PRIVIND ASIGURAREA INDIVIDUALA DE SANATATE - SmartMed

CAPITOLUL I – Definitii si termeni generali

§ 1. In tot cuprinsul prezentelor Conditii, termenii de mai jos vor avea urmatoarele semnificatii:

Accident:	Vătămare corporală a Asiguratului cauzată direct și independent de orice boală fizică sau psihică, ca rezultat al unui eveniment neașteptat, extern și independent de voința Asiguratului. Sunt acoperite numai accidentele produse pe perioada de valabilitate a poliței de asigurare.
Agent de asigurare afiliat	Banca Comercială Română S.A., persoană juridică română, cu sediul în Soseaua Orhideelor nr. 15D, Clădirea The Bridge 1, etajul 2, Sector 6, București, cod postal 060071, București, având Codul Unic de Înregistrare RO 361757, înregistrată în Registrul Comerțului sub nr. J40/ 90/ 1991, înregistrată în Registrul Instituțiilor de Credit sub nr. RB-PJR-40-008/1999, Cod Unic de Înregistrare în Registrul Intermediarilor în asigurări RAJ-500341, care se poate accesa pe site-ul https://asfromania.ro/supraveghere/registre-electronice/registrul-intermediarilor/ri-persoane-juridice și poate desfășura activitatea de intermediere în baza contractului de agent încheiat cu Asiguratorul.
Asigurat:	Persoana a carei stare de sănătate este asigurată prin prezentul contract de asigurare, cu vârsta cuprinsă între 18 și maximum 75 ani. La expirarea Contractului de asigurare, vârsta Asiguratului nu poate depăși 76 ani. Când contractantul asigurării este persoana juridică, acesta poate încheia asigurarea numai pentru angajații săi, în calitate de asigurați.
Asigurator:	Societatea comercială BCR ASIGURARI DE VIATA VIENNA INSURANCE GROUP S.A. institutie de asigurari, administrata in sistem dualist, cu sediul: Str. Rabat nr. 21, etaj 2, 3 și 4, Sector 1, București, România, telefon: 021.206.90.40; fax: 021.230.63.49; email: office@bcrasigviata.ro , Nr.Inmatriculare Registrul Comerțului: J40 / 17847 / 2005, C.U.I.:18066920, înregistrată în Registrul Asiguratorilor sub nr. RO_055/28.11.2005. denumita în continuare BCR ASIGURARI DE VIATA .
Boala	Stare anormală a organismului care afectează fie întregul organism, fie orice parte a acestuia, care determină deteriorarea funcționării normale a acestuia.
Call-center:	Serviciu telefonic deschis de luni până duminică exclusiv prin intermediul caruia Asiguratul poate face uz de drepturile ce îi revin în baza contractului de asigurare unde un consultant al Furnizorului de servicii medicale va sta la dispoziția asiguratului cu informații privind: <ul style="list-style-type: none">▪ serviciile medicale incluse în asigurare;▪ furnizorii de servicii medicale agreați – adrese, program de lucru;▪ programarea serviciilor medicale solicitate în intervalul programului de lucru al prestatorilor de servicii medicale.
Card de asigurare:	Document care atestă că persoana nominalizată în acesta are calitatea de Asigurat.
Contract de asigurare:	Materializarea unui acord liber consimțit încheiat între Asigurator, ca prestator de servicii de asigurări și Contractant, ca solicitant de servicii de asigurare Contractul de asigurare are în componența următoarele documente: oferta de asigurare, cererea de asigurare, polița de asigurare împreună cu prezentele condiții de asigurare, pachetul de beneficii ales și orice alte documente anexate
Cerere de asigurare:	Documentul elaborat de BCR ASIGURARI DE VIATA prin semnarea caruia persoana care dorește să încheie asigurarea este obligată să răspundă, în scris, la toate întrebările și să declare la data încheierii contractului, orice informații sau împrejurări pe care le cunoaște și care sunt în mod obiectiv esențiale pentru evaluarea riscului asigurabil.
Contractant:	Orice persoană fizică sau juridică care încheie contractul de asigurare pentru o altă persoană fizică, cu respectarea prevederilor legale privitoare la încheierea acestui contract și care plătește primele de asigurare. În cazul persoanelor fizice Contractant al asigurării poate fi asiguratul însuși.

Durata asigurării:	Durata contractului de asigurare este de 1 an, reînnoibilă automat, anual, pe perioade egale cu cea stabilită inițial.
Eveniment asigurat (Risc asigurat):	Un eveniment viitor, posibil dar incert, la a cărui producere Asiguratorul preia costul Serviciilor medicale efectuate unui asigurat sau acordă indemnizații de asigurare în conformitate cu condițiile generale și specifice.
Furnizor de servicii medicale:	Persoană fizică sau juridică a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății și Familiei din România pentru a presta servicii medicale, în conformitate cu legislația în vigoare în România. În acest caz, furnizorul de servicii medicale este MedLife prin hiperclinicile, clinicile și spitalele proprii precum și partenerii / subcontractanții săi – denumită în continuare rețeaua agreată. Rețeaua agreată este actualizată lunar și este disponibilă pe site-ul www.bcrasigviata.ro
Medic curant:	Medicul de familie sau medicul care are cea mai bună cunoștință despre starea de sănătate a asiguratului/ coasiguratului
Polita de asigurare:	Înscrisul probator al încheierii contractului de asigurare eliberat de Asigurator.
Pacient spitalizat:	Asigurat care ocupă un pat de spital 24 de ore consecutiv cu singurul scop de a beneficia de tratament medical.
Pacient tratat în ambulatoriu:	Asigurat care primește îngrijiri medicale într-un cabinet medical sau în alte tipuri de unități medicale fără a fi cazat pe timpul nopții.
Perioada de așteptare:	Perioada de timp calculată de la data intrării în vigoare a asigurării, perioada în care este exclusă răspunderea Asiguratorului dar pentru care există obligația de plată a primelor de asigurare în care asiguratul nu poate accesa serviciile medicale
Servicii medicale	Consultații medicale, tratamente sau investigații medicale efectuate de către personal medical de specialitate cu competența și autorizare dintr-o unitate sanitară publică sau privată, autorizată în România, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România.
Spital:	Unitate sanitară publică sau privată aflată pe teritoriul României (conform listei anexate), dotată cu paturi, care asigură servicii medicale de specialitate, inclusiv intervenții chirurgicale, prin personal medical acreditat potrivit Legii locale și care îndeplinește condițiile de autorizare sanitară, de acreditare, de funcționare și de competență prevăzute de Legea locală.
Spitalizare:	Spitalizarea acoperită de prezentele condiții de asigurare reprezintă perioada continuă de internare într-un spital, cu condiția ca această perioadă să cuprindă minim o zi (24 ore) și nu mai mult de 5 zile într-un an de asigurare, în funcție de planul de servicii medicale ales.
Tratament:	Procedee medicale sau chirurgicale care au ca unic scop ameliorarea sau vindecarea unei stări acute de boală sau ranire.
Zi de spitalizare:	Se consideră ziua de spitalizare perioada de 24 ore consecutive de spitalizare.

CAPITOLUL II - Partile contractante, persoanele asigurate si modul de incheiere a contractului

§ 1. (1) Contractul de asigurare se supune dispozitiilor legale in vigoare si reglementarilor care guverneaza activitatea de asigurari de sanatate in Romania.

§ 2. Contractul se incheie pe baza informatiilor furnizate cu sinceritate si fara reticenta de catre Contractantul asigurarii si Asigurat in cererea de asigurare cu conditia primirii de catre Asigurator a tuturor intregii documentatii contractuale complete, semnata de catre Contractant, Asigurat si agentul de asigurare subordonat impreuna cu o copie a actului de identitate si dovada platii primei rate de asigurare. Cardul de asigurare se va transmite la adresa de corespondenta mentionata in cererea si polita de asigurare.

CAPITOLUL III – Obiectul asigurarii si riscurile cuprinse in asigurare

§ 4. Prin prezentul contract de asigurare, se asigura accesul la :

- a) servicii medicale efectuate in scop profilactic, pentru depistarea precoce a unor boli sau a factorilor de risc pentru anumite boli;
- b) servicii medicale efectuate in scop curativ, in caz de imbolnavire (boala) neasteptata si imprezibila care ameninta sanatatea si/sau viata persoanei respective sau de accident;
- c) indemnizatie pentru spitalizare doar in spitalele MedLife, in limita sumei maxime asigurate de 500 lei / zi si a unui numar de maximum 5 zile de spitalizare /an;
- d) indemnizatie pentru interventie chirurgicala efectuata doar in spitalele MedLife, in limita sumei maxime asigurate anuale de 5.000 lei, indiferent de numarul acestora in decursul anului de asigurare.

§ 5. Serviciile medicale sunt cele detaliate in pachetul de beneficii anexat si care face parte integranta din prezentele conditii de asigurare.

§ 6. Serviciile medicale detaliate in in pachetul de beneficii sunt valabile doar in reseaua agreata.

§ 7. Cheltuielile implicate de aparitia evenimentelor asigurate prezentate la § 4 sunt acoperite conform pachetului de beneficii ales.

CAPITOLUL IV- Intrarea in vigoare a contractului de asigurare si valabilitatea asigurarii

§ 8. (1) Asigurarea se incheie pe durata de 1 an reînnoibilă automat, anual, pe perioade egale cu cea stabilită în contractul inițial. Contractul de asigurare nu se reînnoiește și încetează dacă, Contractantul își exprimă în scris intenția de renunțare cu cel puțin 15

zile calendaristice înainte de ajungerea contractului la scadența anuală sau dacă nu achită prima rată a politei pentru noul an de asigurare.

(2) Polita de asigurare intră în vigoare la ora 00:00 a datei de 01 a lunii următoare celei în care contractantul a semnat cererea de asigurare, dacă Contractantul a plătit cea dintâi primă de asigurare. Răspunderea Asiguratorului încetează la ora 24:00 a ultimei zile a perioadei de asigurare precizată în polita de asigurare.

Accesarea efectivă a serviciilor medicale poate fi efectuată începând cu data de 01 a lunii următoare celei în care contractantul a semnat cererea de asigurare, dacă de la data semnării până la acel moment au trecut cel puțin 20 de zile calendaristice. În caz contrar, accesarea serviciilor se face după data de 01, de la data la care se împlinesc 20 de zile calendaristice de la data semnării cererii de asigurare.

§ 9. (1) La asigurările care se reînnoiesc, răspunderea BCR ASIGURARI DE VIATA continuă fără întrerupere, fără a mai fi necesară trecerea perioadei de așteptare menționată la § 8, alin.(2) dacă primele se plătesc înainte de expirarea asigurării în curs.

(2) În ultima lună de asigurare, a fiecărui an de asigurare, Asiguratorul va trimite Contractantului polita de asigurare care va cuprinde noua perioadă asigurată precum și date privind data scadenței de plată și cuantumul primei de asigurare pentru anul următor de asigurare. Cardul de asigurat și condițiile de asigurare rămân nemodificate.

CAPITOLUL V - Sumele asigurate, modalitățile și termenele de plată a primelor de asigurare, alte elemente care stabilesc drepturile și obligațiile partilor

§ 10. BCR ASIGURARI DE VIATA acoperă serviciile de asigurare în conformitate cu prevederile și limitările din prezentele condiții de asigurare.

§ 11. (1) Primele de asigurare se plătesc anual, semestrial, trimestrial sau lunar, în contul BCR ASIGURARI DE VIATA **RO57RNCB0280000678830882** deschis la BCR Sucursala Dorobanți, la scadențele menționate expres în polita de asigurare și în cuantumul specificat de Asigurator. Cea dintâi primă de asigurare, conform frecvenței de plată, va fi efectuată la momentul semnării cererii de asigurare. În cazul în care prima de asigurare se plătește anual, în ziua semnării cererii de asigurare, contractantul beneficiază de o reducere de 5% a primei de asigurare.

(2) Primele de asigurare cu frecventa subanuala se pot plati prin standing order, direct debit, ordin de plata sau plata sablonata.

(3) Contractantul este exclusiv raspunzator de plata primelor de asigurare si are obligatia sa achite orice taxe si comisioane legate de plata primelor, daca acestea exista conform legilor in vigoare.

(4) Pentru plata ratelor de prima BCR ASIGURARI DE VIATA acorda un termen de gratie de 15 zile de la scadenta de plata a acestora. In cazul in care o rata de prima nu a fost platita in timp de 15 zile de la termenul stabilit in contractul de asigurare, raspunderea BCR ASIGURARI DE VIATA inceteaza dupa expirarea termenului de gratie de 15 zile si poate reincepe, numai daca Asiguratorul isi da acordul, de la ora 24 a zilei in care s-a platit rata intarziata de prima fara acoperirea evenimentelor asigurate aparute in perioada pentru care nu au fost platite primele de asigurare.

Se considera contracte de asigurare in vigoare si contractele de asigurare reinnoite in conditiile de la punctele **§ 8 si § 9**.

(5) Pentru situatiile care se incadreaza la punctul **§ 11 (4)**, Asiguratul nu beneficiaza de acoperirile oferite prin asigurare.

CAPITOLUL VI –Accesarea serviciilor medicale

§ 12. Dupa expirarea perioadei de asteptare, accesarea serviciilor medicale incluse in pachetul de beneficii ales se face exclusiv prin programare la call-center accesand numarul de telefon **021.9646** disponibil de luni pana duminica sau direct la receptiile clinicilor incluse in reseaua agreata.

§ 13. Accesarea serviciilor medicale se va realiza doar in baza cardului de asigurare si a documentului de identitate.

§ 14. Furnizarea de servicii medicale in reseaua agreata:

(1) Serviciile medicale in reseaua agreata sunt acoperite in totalitate conform planului de beneficii ales.

(2) Accesarea consultatiilor de specialitate, a investigatiilor, a analizelor de laborator sau a spitalizarii se face doar pe baza recomandarii unui medic autorizat de reseaua agreata.

(3) Indicatia de tratament de spitalizare este validata de un medic autorizat de un furnizor de servicii medicale din reseaua agreata.

In situatia in care recomandarea de spitalizare este formulata de un alt medic, asiguratul este obligat sa completeze o cerere de preautorizare anexand urmatoarele documente:

- copia fisei medicale emisa de medic curant

- copii dupa investigatiile medicale, respectiv analizele de laborator concludente

Furnizorul de servicii medicale poate solicita efectuarea unui consult de specialitate pentru stabilirea indicatiei de internare.

(4) Nerespectarea prevederilor alin.(2) si (3) duce la achitarea de catre asigurat a contravalorii cheltuielilor medicale catre furnizorul de servicii medicale.

(5) In situatia in care asiguratul nu se poate prezenta la o consultatie programata va solicita anularea ei cu minim 12 ore inainte de ora stabilita. In cazul neanularii programarii, consultatia (indiferent ca este initiala sau de control) se considera ca fiind efectuata, cu exceptia primei anulari.

(6) Costul rezultat in urma spitalizarilor sau interventiilor chirurgicale se va achita de BCR Asigurari de Viata direct catre furnizorul de servicii medicale, pe baza facturii, a biletului de iesire din spital si a copiei actului de identitate, in limita maxima acoperita prin pachetul de beneficii ales. In cazul in care costul rezultat in urma spitalizarilor sau interventiilor chirurgicale depaseste plafonul acoperit de asigurare, diferenta va fi suportata si platita, la data externarii, de catre Asigurat.

(7) Notificarea BCR Asigurari de Viata cu privire la producerea evenimentelor asigurate (spitalizare si/sau interventie chirurgicala) se face in scris de catre furnizorul de servicii medicale la sfarsitul fiecarei luni.

CAPITOLUL VII - Limitele raspunderii BCR ASIGURARI DE VIATA, Excluderi

§ 15. BCR ASIGURARI DE VIATA nu are nici o obligatie de plata a cheltuielilor implicate de tratamentul medical in urmatoarele situatii:

a) asiguratul din neglijenta a produs evenimentul asigurat, incluzand accidente de circulatie (conducerea autovehiculului sub influenta alcoolului);

b) autoranirea intentionata, tentativa de sinucidere (efectuata cu sau fara discernamant), tratament impotriva alcoolismului, consumului de medicamente sau droguri (substante halucinogene), precum si urmarile aflarii sub influenta alcoolului sau a medicamentelor;

c) practicarea de activitati sportive riscante si periculoase cum ar fi: vanatoarea, acrobatii, scufundarile, navigatie, speologie, alpinism, organizarea de focuri de artificii sau manevrarea de substante explozive, parasutism, sarituri cu schiurile, curse de bob, schiul acrobatic, sarituri cu coarda elastica, curse auto-moto-velo.

- d) urmarile razboiului, declarat sau nu, activitatilor teroriste, razboiului civil, actelor de sabotaj, vandalism, insurectiei, revolutiei, preluarea puterii militare, precum si a participarii active la orice tip de astfel de activitati; e) urmarile dezastrelor naturale (eruptii vulcanice, cutremure de pamant, etc.) sau ale epidemiilor;
- f) urmarile efectelor energiei atomice si/sau ale fisiunii sau reactiilor nucleare;
- g) asiguratul detine o alta polita de asigurare care acopera aceleasi evenimente asigurate cu exceptia cheltuielilor care nu sunt acoperite prin acea polita;
- h) nu sunt acoperite de asigurare, indiferent de pachetul de beneficii ales, toate serviciile medicale conform art. §
4. a) si § 4. b) efectuate in cadrul spitalelor MedLife si a Centrelor de excelenta MedLife.

§ 16. BCR ASIGURARI DE VIATA nu acopera cheltuielile medicale implicate de :

- a) tratamente in legatura cu sistemul reproductiv :
- contraceptia si consecintele sale atat pentru femei cat si pentru barbati;
 - vasectomia si sterilizarea;
 - intreruperea de sarcina si consecintele sale daca a fost efectuata din ratiuni psihologice sau sociale (cu exceptia avortului spontan sau recomandat medical); — revenirea la starea anterioara dupa sterilizare;
 - interventii chirurgicale pentru schimbare de sex;
 - "Viagra" sau orice alt echivalent generic;
- b) Chirurgie optionala si dispozitive de corectie:
- tratament cosmetic, cu sau fara scop psihologic;
 - chirurgie optionala pentru indepartarea alunitelor (cu exceptia cazurilor in care sunt indicate din punct de vedere medical cand este necesar ca asiguratul/coasiguratul sa se adreseze Asiguratorului, sa solicite preautorizare pentru efectuarea interventiei si sa prezinte toate documentele medicale care atesta necesitatea indepartarii alunitelor, precum si rezultatele testelor dermatologice);
 - circumcizia;
- c) Tratament efectuat in clinici hidro de sanatate, clinici de cure naturale sau unor clinici similare sau acordarea de astfel de tratamente la domiciliul asiguratului/coasiguratului.
- d) Achizitionarea ochelarilor de vedere sau a dispozitivelor de corectare a auzului.

- e) Terapie efectuata in cadrul unor asezaminte pentru odihna sau observatie sau tratament in cadrul unor facilitati SPA, clinici hidro, institutii de reabilitare, sanatorii, camine pentru batrani daca nu au caracter de spitalizare.
- f) Achizitionarea de incaltaminte ortopedica sau a altor dispozitive de sustinere pentru picioare, talonetelor ortopedice sau cheltuieli implicate de tratarea leziunilor specifice picioarelor, cum ar fi corn, calus si hipercheratoza, unghii incarnate sau monturi.
- g) Tratamente pentru reducerea greutatii sau programe pentru reducerea greutatii.
- h) Tratament medical experimental care implica:
- Metode de tratament nerecunoscute din punct de vedere stiintific sau medical;
 - Studii privind somnul si alte tratamente in legatura cu apnea in somn.
- i) SIDA, Sindromul Complex in legatura cu SIDA (ARCS) si toate cauzate si/sau in legatura cu virusul HIV.
- j) Alte costuri care implica:
- orice cheltuieli efectuate peste cele prevazute in prezentele conditii;
 - articole personale de ingrijire achizitionate pe timpul spitalizarii;
 - prescrierea si achizitionarea de vitamine, plante, aspirina, remedii impotriva racelii, medicamente experimentale sau investigative, medicamente achizitionate fara eliberarea unei retete, chiar daca au fost recomandate de catre un medic;
 - costurile implicate de procurarea cu o denumire specifica, in conditiile in care este disponibil un medicament generic, cu exceptia cazului in care acel medicament a fost prescris de catre medic, in mod special;
 - tratamentele efectuate la domiciliul asiguratului / coasiguratului considerandu-se ca acesta este spitalizat; - tratamentele medicale efectuate dupa data de expirare a politei cu exceptia cazurilor in care aceasta a fost reinnoita in conformitate cu prevederile prezentelor conditii;
 - toate costurile privind transportul in vederea obtinerii tratamentului medical; - spitalizarea asiguratului/coasiguratului are la baza ratiuni personale sau familiale; - cazarea intr-un camin de batrani sau intr-un asezamant similar.
- k) Cheltuieli implicate de:
- instructiuni de utilizare si intretinere a echipamentelor medicale;
 - adaptarea vehiculelor, a salii de baie sau locuintei la necesitatile medicale;
 - costul oricaror echipamente medicale enumerate;

- achizitionarea protezelor sau dispozitivelor de corectie care nu sunt necesare din punct de vedere medical;
- achizitionarea sau folosirea unor echipamente medicale cum ar fi: pompe pentru insulina, carucioare sau paturi actionate cu motor, articole pentru asigurarea confortului: brate pentru telefoane, articole pentru schimbarea calitatii sau temperaturii aerului in incaperi: aparate pentru conditionarea aerului, umidificatoare, purificatoare, lampi de incalzire, aparate pentru bronzare artificiala, bideuri, scaunepentru toaleta, cazi de baie, scaune, lifturi, jacuzzi, echipament pentru exercitii fizice si altele similare.
- k) Tratamente stomatologice pentru corectarea pozitiei dentitiei sau pentru corectarea disfunctiei articulatiei temporo-mandibulare;
- l) Costuri implicate de participarea la cursuri pregatitoare in vederea nasterii/maternitatii;
- m) Tratamentul miopiei sau prezbitiei;
- n) Costuri implicate de educatia nutritionista si diete;
- o) Orice serviciu medical care nu este mentionat in conditiile de asigurare

CAPITOLUL VIII - Modificari ale termenilor si conditiilor de asigurare

§ 17. Asiguratorul isi rezerva dreptul de a modifica Condițiile de asigurare daca survine vreo modificare legislativa sau a sistemului de impozitare, care afecteaza Asiguratorul sau Contractul de Asigurare. In aceste conditii, Asiguratorul va notifica, in scris, Contractantul Asigurarii cu cel putin 30 de zile inainte de data de la care se doreste modificarea.

§ 18. Daca partile convin sa modifice Condițiile de Asigurare, modificarea va intra in vigoare la data convenita, dar nu mai devreme de ora 0:00 din ziua urmatoare semnarii actului aditional cu privire la o astfel de modificare, cu exceptia cazului in care este prevazut altfel in conditiile de asigurare. Este posibila derogarea de la prevederile tuturor articolelor din Condițiile de asigurare, daca scopul si natura Asigurarii impun astfel si daca derogarea nu este in dezavantajul Asiguratului.

CAPITOLUL IX - Modificarea contractului de asigurare

§ 19. Eventualele modificari ale datelor de identificare ale Asiguratorului, respectiv denumirea, forma juridica, adresa sediului social sau datele sale de contact vor fi aduse la cunostinta Contractantului Asigurarii si Asiguratului prin notificare scrisa.

CAPITOLUL X – Modalitati de incetare a contractului de asigurare

§ 20. Contractul de asigurare inceteaza in unul din urmatoarele cazuri:

- a) la momentul expirarii duratei asigurarii in cazul in care aceasta nu a fost reinnoita;
- b) in cazul a neplatii primelor de asigurare scadente dupa expirarea perioadei de gratie;
- c) in cazul denuntarii unilaterale de catre Contractant;
- d) la decesul persoanei asigurate;
- e) prin acordul scris al partilor contractante.

Denuntarea contractului de asigurare de catre Contractant se poate efectua numai cu respectarea unui termen de preaviz de cel putin 20 de zile calculat de la data primirii notificarii de catre Asigurator.

In cazul în care contractul de asigurare se modifica, se reziliaza sau denunta, pentru stabilirea diferentelor de prima de restituit sau de încasat se procedeaza astfel:

- a) **pentru restituit:** Asiguratorul reține primele de asigurare pentru perioada expirata, pe luni întregi de asigurare, pe fiecare luna – 1/10 din prima anuala, iar restul se restituie Contractantului, numai pentru asiguratii care nu au accesat serviciile medicale.
- b) **pentru încasat:** primele de asigurare cuvenite Asiguratorului se calculeaza pentru perioada ramasa pana la expirare pe luni de asigurare, în proporție de 50% din prima anuala;
- c) fiecare luna de asigurare începuta se considera luna întreaga.

CAPITOLUL XI– Renuntarea la contract fara penalizari

§ 21. Contractantul are dreptul sa notifice in scris Asiguratorul ca renunta la contract fara penalitati si fara invocarea unui motiv in termen de 20 de zile de la data semnarii contractului de asigurare. In acest caz, contractul de asigurare inceteaza iar Asiguratorul va returna Contractantului prima de asigurare platita.

CAPITOLUL XII– Informatii privind deducerile prevazute de legislatia fiscala

§ 22. Deductibilitatea contractelor de asigurare este conforma cu prevederile Codului Fiscal in vigoare, cu toate modificarile si completarile ulterioare.

CAPITOLUL XIII - Petitii

§ 23. Orice nemulțumire reclamată de către Contractant și/sau Asigurat în legătură cu interpretarea și executarea Condițiilor de asigurare va fi soluționată prin formularea unei petiții scrise la sediul Asiguratorului și va fi finalizată prin transmiterea în termen de maximum 30 de zile, a unui răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat-o.

În vederea rezolvării pe cale amiabilă a disputelor dintre companie și petenți se vor putea utiliza metodele alternative de soluționare a litigiilor prevăzute de dispozițiile legale în vigoare.

§ 24. În cazul imposibilității rezolvării amiabile, persoana interesată se va putea adresa cu o plângere Autorității de Supraveghere Financiară /Asigurări (www.asfromania.ro) sau Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor, ori va putea sesiza instanțele judecătorești competente.

CAPITOLUL XIV – Litigii

§ 25.(1) . În cazul în care apar litigii între părți ca urmare a executării contractului de asigurare, părțile vor încerca soluționarea amiabilă a acestora. Contractantul se poate adresa cu o cerere scrisă asiguratorului în care îi va semnala aspectele care au generat litigiul privind executarea contractului. Asiguratorul va răspunde cererii într-un termen de maximum 30 de zile.

(2) Toate litigiile care ar putea fi prilejuite de existența sau derularea Contractului de asigurare și care nu au putut fi rezolvate pe cale amiabilă vor fi atribuite spre competența soluționare a instanțelor de judecată din România.

Încercarea amiabilă de soluționare a litigiului dintre părți nu înseamnă o restrângere a dreptului Contractantului/Asiguratului de a se adresa instanțelor de judecată competente și de a urma procedurile legale de soluționare a litigiului.

În cazul în care legislația va prevedea în mod expres proceduri privind modalitatea de depunere/instrumentare a reclamațiilor clienților împotriva intermediarilor, acestea se vor aplica în mod corespunzător.

(3). În vederea rezolvării disputelor dintre Asigurator și Asigurat se vor putea utiliza metodele alternative de soluționare a litigiilor în conformitate cu

prevederile legale în vigoare, respectiv Regulamentul nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entităților de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SALFIN). În acest sens pentru soluționarea unui litigiu cu un profesionist/comerciant prin aplicarea procedurii SAL, consumatorul trebuie să își exprime această opțiune în mod voluntar și să se adreseze SAL-FIN în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poșta sau prin mijloace electronice de comunicare.

CAPITOLUL XV- Fondul de Garantare

§ 26. Fondul de Garantare al asiguraților, astfel cum este definit de Legea nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților are ca scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui asigurator. Fondul garantează plata de indemnizații/despăgubiri în cazul falimentului unui asigurator, cu respectarea plafonului de garantare și în limita resurselor financiare disponibile la momentul plății, așa cum sunt definite la art. 5 în Legea 213/2015. În cazul în care disponibilitățile Fondului nu sunt suficiente pentru acoperirea cuantumului sumelor cuvenite creditorilor de asigurări, creanțele acestora vor putea fi onorate pe măsura alimentării Fondului cu resursele financiare prevăzute de lege.

CAPITOLUL XVI - Dispoziții finale

§ 27. Orice modificare a contractului de asigurare încheiat se va face cu acordul scris al ambelor părți, condiționat de modificarea primei de asigurare.

§ 28. Prevederile paragrafului precedent nu se aplică în situațiile în care modificarea este impusă de schimbări legislative ivite după încheierea contractului de asigurare.

§ 29. Asigurarea este guvernată de legea română ale cărei instanțe de judecată competente, vor fi singurele care vor avea acea jurisdicție în orice diferend care apare din contractul încheiat.

§ 30. Legea aplicabilă acestor Condiții de asigurare este legea română, inclusiv dar fără a se limita la **Legea nr. 236/2018** privind distribuția de asigurări, **Codul Civil** și **Legea 237/2015** privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare.

Pachetul de beneficii incluse in asigurarea individuala de sanatate

SERVICIILE ACOPERITE PRIN ASIGURAREA INDIVIDUALA DE SANATATE		Pachet SmartMed
1. Servicii medicale: consultatii de specialitate:		
1.1. Alergologie si imunologie clinica; 1.2. Boli infectioase; 1.3. Cardiologie; 1.4. Dermatologie; 1.5. Diabet zaharat nutritie si boli metabolice; 1.6. Endocrinologie; 1.7. Gastroenterologie; 1.8. Hematologie; 1.9. Medicina generala; 1.10. Medicina interna; 1.11. Nefrologie; 1.12. Neurochirurgie; 1.13. Neurologie; 1.14. Obstretica-ginecologie; 1.15. Oftalmologie; 1.16. Oncologie medicala; 1.17. Ortopedie si traumatologie; 1.18. Otorinolaringologie; 1.19. Pneumologie; 1.20. Psihiatrie; 1.21. Reumatologie; 1.22. Urologie	Consultatii de specialitate initiale: Orice specialitate – limita maxima 12 consultatii/ an	Consultatii de specialitate de control: Orice specialitate – limita maxima 12 consultatii/ an
2. Servicii medicale: analize de laborator:		
2.1. Hemograma completa; 2.2. Glicemie; 2.3. Calciu total; 2.4. Transaminaze; 2.5. TGO; 2.6. TGP; 2.7. Uree; 2.8. Trigliceride; 2.9. Colesterol total		2 seturi standard /an

3. Servicii medicale: analize de biochimie si hematologie:	
3.1. Uree serică 3.2. Acid uric seric 3.3. Creatinină serică 3.4. Calciu ionic seric 3.5. Calciu seric total 3.6. Magneziemie 3.7. Sideremie 3.8. Glicemie 3.9. Colesterol seric total 3.10. Trigliceride serice 3.11. HDL colesterol 3.12. LDL 3.13. TGO 3.14. TGP 3.15. Fosfatază alcalină 3.16. Gama GT 3.17. Bilirubină totală 3.18. Bilirubină directă 3.19. Electroforeza proteinelor serice 3.20. Hemoglobina glicozilată 3.21. Hemoleucograma completa 3.22. VSH	Discount 20%
4. Servicii medicale: imagistica – doar cu recomandare medic specialist:	
4.1. Ecografie 2D, 4.2. Ecografie 3D	4 / an
5. Servicii medicale: radiografie – doar cu recomandare medic specialist	2 / an
6. Servicii medicale: RMN sau CT – doar cu recomandare medic specialist	1 / an
7. Servicii medicale: servicii efectuate in cabinet (Electrocauterizare, ecocardiografie, holter, interventii laser, endoscopie, colonoscopie, EEG, colposcopie etc.)	Discount 20%
8. Servicii medicale: orice servicii medicale efectuate in reateua agreata	Discount 20%
9. Indemnizatie pentru spitalizare doar in spitale MedLife (inclusiv spitalizarea in cazul nasterii)	500 lei/zi Maxim 5 zile/an
10. Interventii chirurgicale doar in spitalele MedLife (nu este inclusa nasterea)	5.000 lei Limita anuala