

CONTRACT DE PRESTĂRI SERVICII

Având în vedere prevederile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare,

PĂRȚILE:

ALLIANZ-ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A., cu sediul în București, str. Buzești nr. 82-94, etajele 3, 4, 12, sector 1, cod poștal 011017,
Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară Codul alocat în Registrul asigurătorilor și reasigurătorilor: RA-017 Codul LEI 529900XKNXM9MBH8GS45, SR EN ISO 9001:2015, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J/40/15882/1994, Cod de Înregistrare Fiscală RO6120740, reprezentată legal prin împuternicit de
, în calitate de Prestator,

AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ ROMÂNĂ R.A. (în continuare "AACR"), cu sediul în București, sos. București – Ploiești nr. 38 - 40, sector 1,
email: contact@caa.ro, Cod de Înregistrare Fiscală RO5205651,
înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/9079/2003, cod IBAN RO31CECEB00030RON2488063 deschis la CEC BANK, reprezentată legal de
- Director General, în calitate de Beneficiar,

convin să încheie prezentul contract cu respectarea următoarelor clauze:

2. DEFINIȚII

2.1. În prezentul contract următorii termeni vor fi interpretați astfel:

- a) contract – reprezintă prezentul contract;
- b) Beneficiar și Prestator: părțile contractului, așa cum sunt acestea denumite în prezentul contract;
- c) valoarea contractului - prețul plătit de către Beneficiar, în baza contractului, pentru îndeplinirea integrală și corespunzătoare a tuturor obligațiilor asumate prin contract;
- d) servicii – activități a căror prestare face obiectul contractului, respectiv servicii de asigurare voluntară de sănătate.
- e) termenul "zi" sau "zile" sau orice referire la zile reprezintă zile calendaristice dacă nu se specifică în mod diferit.

3. OBIECTUL CONTRACTULUI

3.1. Obiectul prezentului contract îl constituie prestarea de servicii de asigurare voluntară de sănătate de tip suplimentar pentru un număr de cel mult 200 de salariați ai AACR, indiferent de vârstă, cu respectarea cerințelor din Caietul de sarcini (Anexa nr.1 la contract) acceptat de Prestator prin Oferta tehnică (Anexa nr. 2 la contract).

3.2. Structura personalului pe grupe de vârstă și de sex se regăsește în Anexa nr. 5 la prezentul contract,

3.3. Rețeaua de parteneri medicali ai Prestatorului este detaliată în Anexa nr. 2 la prezentul contract, iar Procedura de accesare a serviciilor medicale este descrisă în Anexa nr. 4 la prezentul contract.

4. VALOAREA CONTRACTULUI ȘI MODALITĂȚI DE PLATĂ

4.1. Valoarea estimată a contractului este de 362.400 lei (TVA 0)

4.2. Prima de asigurare anuală este de 1.812 lei/ salariat asigurat, iar prima lunară este de 151 lei/ salariat asigurat. Tariful lunar va rămâne fix pe toată durata contractului. Valoarea decontului lunar de primă va fi determinată în funcție de fluctuația numărului de asigurați, după operarea intrărilor și ieșirilor de persoane din asigurare.

4.3. Beneficiarul are obligația de a efectua plata lunar către Prestator prin ordin de plată în termen de 30 zile de la data decontului de primă emis și transmis de către Prestator pe numele Beneficiarului în cuprinsul căruia, în mod obligatoriu se va consemna seria și numărul contractului/poliței în baza căreia este emis Data comunicării decontului de primă către Beneficiar se consideră data transmiterii acestuia pe email.

5. DURATA CONTRACTULUI

5.1. Prezentul contract intră în vigoare la data semnării lui de către părți și este valabil 12 luni.

5.2. Data semnării contractului este data semnării poliței de asigurare.

6. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

6.1. PRESTATORUL se obligă:

a) să îndeplinească întocmai obligațiile asumate prin prezentul contract și cele impuse prin Caietul de sarcini;

b) să emită și să înainteze Beneficiarului decontul de primă reprezentând contravaloarea serviciilor de asigurare voluntară de sănătate.

6.2. BENEFICIARUL se obligă:

a) să respecte întocmai obligațiile rezultate din derularea prezentului contract;

b) să efectueze plata serviciilor ce fac obiectul prezentului contract, prin mijloacele de decontare prevăzute de lege.

c) să pună la dispoziția Prestatorului o listă cu numele/prenumele și CNP-ul persoanelor asigurate fără de care Prestatorul nu ar putea să-și onoreze obligațiile sale (conform Anexei nr. 5 la contract).

7. CESIUNEA

7.1. În prezentul contract este permisă cesiunea drepturilor și obligațiilor născute din acest contract, numai cu acordul prealabil scris al Beneficiarului și în condițiile Legii nr. 98/2016.

7.2. Cesiunea nu va exonera Prestatorul de nicio responsabilitate privind garanția sau orice alte obligații asumate prin contract.

7.3. Prestatorul este obligat să notifice Beneficiarul, cu privire la intenția de a cesiona drepturile sau obligațiile născute din acest contract. Cesiunea va produce efecte doar dacă toate părțile convin asupra acesteia.

7.4. În cazul în care drepturile și obligațiile Prestatorului stabilite prin acest contract sunt preluate de către un alt operator economic, ca urmare a unei succesiuni universale sau cu titlu universal în cadrul unui proces de reorganizare, Prestatorul poate să cesioneze oricare dintre drepturile și obligațiile ce decurg din contract, inclusiv drepturile la plată, doar cu

acceptul prealabil scris din partea Beneficiarului. În astfel de cazuri, Prestatorul trebuie să furnizeze Beneficiarului informații cu privire la identitatea entității căreia îi cesează drepturile.

7.5. Orice drept sau obligație cesionat/cesionată de către Prestator fără acordul prealabil al Beneficiarului nu este opozabilă Beneficiarului.

7.6. În cazul acceptării ei, cesiunea, se aplică în limitele prevăzute de art. 221 alin. (1) lit. d) pct. (ii) din Legea nr. 98/2016 pentru:

a) Operatorul Economic ce preia drepturile și obligațiile Prestatorului din acest contract, care îndeplinește criteriile de calificare stabilite inițial,

b) prezentul contract, cu condiția ca această modificare să nu presupună alte modificări substanțiale ale contractului,

c) Beneficiar, dar să nu se realizeze cu scopul de a eluda aplicarea procedurilor de atribuire prevăzute de Legea nr. 98/2016.

7.7. În cazul încetării anticipate a contractului, Prestatorul cesează Beneficiarului contractele încheiate cu Subcontractanții.

7.8. În cazul în care terțul susținător nu și-a respectat obligațiile asumate prin contractul de cesiune, dreptul de creanță al Prestatorului asupra terțului susținător este cesionat cu titlu de garanție, către Beneficiar.

8. CLAUZA PENALĂ

8.1. Pentru neplata deconturilor de primă la termenul scadent AACR va plăti penalități de 0,04% din suma datorată, pentru fiecare zi de întârziere. Suma reprezentând penalitățile nu va putea depăși suma datorată.

8.2. Pentru întârzierea nejustificată în efectuarea serviciilor, efectuarea eronată, ori neefectuarea serviciilor prevăzute în prezentul contract, Prestatorul va plăti penalități în cuantum de 0,04% din suma ce urmează a fi achitată de Beneficiar pentru serviciile ce i-au fost prestate, pentru fiecare zi de întârziere. Suma reprezentând penalitățile nu va putea depăși suma datorată.

9. MODIFICAREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI

9.1. Prezentul contract poate fi modificat pe durata derulării lui, la solicitarea oricărei părți, prin încheiere de acte adiționale.

9.2. Prezentul contract încetează:

- a) prin atingerea la termen;
- b) prin acordul părților;
- c) prin reziliere;
- d) prin denunțare unilaterală a Beneficiarului, în condițiile prevăzute de Legea achizițiilor publice.

9.3. Dacă una dintre părți nu a executat oricare dintre obligațiile ce îi revin conform prezentului contract, cealaltă parte, sub rezerva executării propriilor obligații, este îndreptățită la următoarele căi de acțiune:

- să solicite, celeilalte părți, executarea întocmai a obligațiilor contractuale asumate;
- să declare contractul reziliat de plin drept.

9.4. Modificarea și încetarea contractului nu exonerează niciuna dintre părți de obligațiile și răspunderile rezultate din contract, asumate până la data modificării sau încetării.

10. FORȚA MAJORĂ

10.1. Forța majoră este orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil și care face imposibilă executarea contractului și care, survenind după încheierea

contractului, împiedică sau întârzie total sau în parte îndeplinirea obligațiilor asumate de părți.

10.2. Măsurile, restricțiile determinate de cazurile epidemiologice și/sau pandemiologice stabilite prin acte normative, în cazul în care afectează îndeplinirea obligațiilor contractuale, constituie eveniment de forță majoră.

10.3. Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul contract pe toată perioada în care acționează.

10.4. Îndeplinirea contractului va fi suspendată pe toată perioada de acțiune a forței majore dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia.

10.5. Partea care invocă forța majoră este obligată ca să notifice celeilalte părți imediat, producerea evenimentului ce constituie forță majoră și să ia toate măsurile necesare în vederea limitării consecințelor. Existența forței majore va fi dovedită de cel ce o invocă prin acte eliberate de autoritatea competentă.

10.6. După încetarea evenimentului ce reprezintă forța majoră părțile vor hotărî, de comun acord, asupra măsurilor ce urmează a fi luate pentru reluarea derulării contractului.

10.7. Dacă, în termen de 15 zile lucrătoare de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, părțile au dreptul să-și notifice încetarea de plin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre ele să pretindă daune-interese.

10.8. Prevederile prezentului articol se aplică și cazului fortuit în măsura în care nu sunt incompatibile.

11. LITIGII

11.1. Orice litigiu între părți decurgând din încheierea, derularea și interpretarea sau executarea prezentului contract sau în legătură cu acesta se soluționează pe cale amiabilă.

11.2. Dacă părțile nu ajung la o înțelegere amiabilă, litigiul se soluționează de către instanțele judecătorești, competente potrivit legii.

12. CLAUZA ANTICORUPȚIE

12.1. Părțile nu vor săvârși, autoriza sau permite nici o acțiune care ar determina Părțile și/sau afiliații părților să încalce oricare din legile sau reglementările anticorupție în vigoare. Aceasta obligație se aplică în special plăților ilegale către funcționari de stat, reprezentanți ai autorităților publice sau asociații lor, familii sau prieteni apropiați.

12.2. Fiecare Parte se obligă să nu promită, să nu ofere sau să primească, sau să nu fie de acord să ofere, oricărui angajat, reprezentant sau terță parte care acționează în numele celeilalte părți și nici să accepte sau să fie de acord să accepte de la un salariat, reprezentant sau terță parte care acționează în numele celeilalte părți niciun dar sau beneficiu, fie în numerar sau sub alta formă, care nu se cuvin legal primitorului, în legătura cu negocierea, încheierea și/sau executarea prezentului contract.

12.3. Părțile se vor notifica, reciproc prompt, dacă iau la cunoștință sau au suspiciuni specifice privind orice formă de corupție legată de negocierea, încheierea sau executarea prezentului contract.

12.4. Părțile au posibilitatea de a informa Direcția Generală Anticorupție, cu privire la negocierea, încheierea și/sau executarea prezentului contract, în alte situații decât cele impuse de actele normative în vigoare.

13. PROTECTIA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

13.1. Fiecare Parte se angajează și declară pentru cealaltă Parte că va respecta prevederile aplicabile pentru protecția datelor în conformitate cu Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește

prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și cu Regulamentul UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (RGPD).

13.2. Prestatorul va prelucra Datele cu caracter personal provenind din partea Beneficiarului numai:

- a) în numele Beneficiarului (și nu pentru sine);
- b) în scopul prestării serviciilor medicale;
- c) în măsura în care este necesar pentru prestarea serviciilor;
- d) într-o manieră compatibilă cu termenii din prezentul contract.

13.3. Prestatorul va pune la dispoziția Beneficiarului, la cererea acestuia, informații cu privire la:

- identitatea salariatului care a accesat serviciile (nume, prenume),
- tipul serviciilor medicale accesate,
- numărul serviciilor accesate,
- valoarea totală a serviciilor decontate din suma alocată fiecărui salariat.

13.4. Transmiterea acestor informații are loc exclusiv în scopul gestionării eficiente a beneficiilor acordate salariaților de către angajator, monitorizării utilizării serviciilor și asigurării transparenței în cheltuirea fondurilor alocate.

13.5. Prestatorul garantează că aceste informații vor fi transmise în condiții de securitate, cu respectarea principiilor de confidențialitate, proporționalitate și minimizare a datelor, și numai persoanelor autorizate din partea Beneficiarului.

13.6. Prestatorul se obligă să obțină consimțământul informat al salariaților pentru prelucrarea și transmiterea acestor date către Beneficiar, acolo unde este necesar conform legislației aplicabile.

13.7. Prestatorul nu va lua nicio decizie unilaterală privind prelucrarea Datelor cu caracter personal ale Beneficiarului, inclusiv decizii privind transferul acestora către terți sau durată stocării datelor.

13.8. Prestatorul nu va utiliza Datele cu caracter personal ale Beneficiarului sau porțiuni din acestea în niciun scop în afara celui specificat în prezentul contract.

13.9. Prestatorul nu va avea dreptul de a transfera Datele cu caracter personal ale Beneficiarului sau porțiuni din acestea sau de a divulga Datele cu caracter personal ale Beneficiarului niciunei terțe părți (inclusiv respectivei persoane vizate) decât dacă a primit instrucțiuni specifice din partea Beneficiarului în această direcție sau dacă este obligat să o facă printr-o dispoziție de reglementare.

14. COMUNICĂRI ȘI RESPONSABILITĂȚI CONTRACT

14.1. Persoanele responsabile de executarea prezentului contract sunt:

a) pentru Beneficiar:

b) pentru Prestator:

14.2. În cazul în care datele de contact mai sus menționate nu mai sunt de actualitate, partea în cauză va notifica cealaltă parte asupra acestui aspect, în termen de 2 zile de la data la care s-a produs modificarea.

14.3. Orice notificare/comunicare între părți va fi considerată valabil îndeplinită dacă va fi transmisă celeilalte părți la adresele contact@caa.ro, respectiv la

14.4. În cazul în care comunicarea/notificarea va fi sub formă de e-mail comunicarea se consideră primită de destinatar în prima zi lucrătoare celei în care a fost expediată, cu excepția cazului în care a fost confirmată primirea mai devreme.

14.5. Comunicarea se consideră îndeplinită când ajunge la destinatar, chiar dacă acesta nu a luat cunoștință de aceasta din motive care nu îi sunt imputabile.

15. DOCUMENTELE CONTRACTULUI

15.1. Sunt parte integrantă din prezentul contract următoarele documente:

- a) Anexa 1 - Caietul de sarcini;
- b) Anexa 2 - Propunerea tehnică care include Lista serviciilor medicale acoperite și Lista Prestatorilor eligibili;
- c) Anexa 3 - Propunerea financiară;
- d) Anexa 4 - Condițiile generale/speciale de asigurare;
- e) Anexa 5 - Lista Asiguraților, Nume/Prenume, CNP-ul persoanelor asigurate;

15.2. În cazul în care, pe parcursul îndeplinirii contractului, se constată faptul că anumite elemente ale propunerii tehnice sau prevederi ale clauzelor contractuale sunt inferioare cerințelor prevăzute în Caietul de sarcini, prevalează cerințele Caietului de sarcini.

Prezentul contract se încheie în două exemplare originale, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

PRESTATOR
ALLIANZ-ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A.

BENEFICIAR
AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ
ROMÂNĂ R A



Handwritten signature: Alexu M. I.

20637/ 25.06.2025

București

Transmis doar prin OneERP

SJRU - RS

DIRECTOR GENERAL

Subiect: Caiet de sarcini privind asigurarea voluntară de sănătate pentru salariații Autorității Aeronautice Civile Române

(E-signed)

APROB

DIRECTOR GENERAL

1. **OBIECTUL** achiziției îl constituie încheierea unui contract de asigurare voluntară de sănătate de tip suplimentar pentru personalul AACR, în limita a 200 persoane, indiferent de vârstă.

Structura personalului pe grupe de vârstă și de sexe se regăsește în anexa la prezentul.

Datele de identificare ale persoanelor asigurate se vor comunica pe suport electronic societății asiguratoare, prelucrarea acestora făcându-se cu respectarea Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.

Asiguratorul va suporta costurile în limitele sumelor asigurate declarate în oferta sa.

Valoarea maximă a primei de asigurare pentru fiecare angajat nu poate depăși limita sumei de 400 Euro.

2. **DURATA CONTRACTULUI**: 12 luni, perioada de acoperire asigurativă urmând să înceapă de la data semnării poliței de asigurare.

3. **CONDITII PENTRU OFERTANȚI**:

Ofertantul este admis în baza următoarelor documente prezentate, declarațiile depunându-se pentru fiecare cerință în parte:

- a) Autorizația de funcționare pentru practicarea acestui tip de asigurare, în conformitate cu art. 20 din Legea 237/2015; participantul poate fi asigurator sau se acceptă și asocierea între asigurator și broker de intermediere.

- b) Ofertanții vor face dovada din care să rezulte că ofertantul poate asigura acoperirea integrală a furnizorilor de servicii medicale necesare desfășurării contractului în acest sens. ***De asemenea se acceptă o declarație pe proprie răspundere din partea reprezentantului legal al asiguratorului din care să rezulte îndeplinirea cerinței.***
- c) Ofertanții vor prezenta lista furnizorilor agreați de servicii medicale (cabinete medicale de specialitate în ambulatoriu, spitalele, serviciile de ambulanță, cabinete de investigații paraclinice) care va conține denumirea furnizorului de servicii medicale, adresa, telefon, persoana de contact, descriere serviciu medical oferit.

4. DEFINIREA SERVICIILOR

- a. **Achizitor sau contractantul asigurării:** societatea care încheie contractul cu asiguratorul, în numele persoanei asigurate și care poartă responsabilitatea cu privire la plata primei de asigurare.
- b. **Asigurat/beneficiar:** salariat pentru care s-a încheiat contractul de asigurare cu asiguratorul și căruia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în contractul de asigurare voluntară de sănătate.
- c. **Asigurator:** societate de asigurări directe de viață sau de asigurări directe generale, care este autorizată să funcționeze în conformitate cu dispozițiile Legii nr.237/2015 **privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare**.
- d. **Contract de asigurare:** poliță de asigurare împreună cu prezentele condiții generale de asigurare, condiții specifice de asigurare, cererea chestionar, declarația medicală, suplimentele de asigurare și orice alte documente anexate.
- e. **Risc asigurat:** posibilitatea de producere a unei daune – Servicii medicale efectuate unui asigurat, accidentul sau boala survenite în perioada de valabilitate a poliței, pentru care Asiguratorul preia costul serviciilor medicale sau acordă indemnizații de asigurare în conformitate cu condițiile generale și specifice.
- f. **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.
- g. **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.
- h. **Servicii spitalicești:** medicamente sau substanțe de contrast sau alte substanțe utilizate sau recomandate, consumabile, pe durata efectuării serviciilor medicale pe durata spitalizării în ambulatoriu.

- i. **Spitalizare în ambulatoriu:** se consideră zi de spitalizare în ambulatoriu ziua calendaristică care implică șederea pe timpul intervenției/prestației/serviciilor medicale
- j. **Servicii similare:** servicii de asigurare voluntară de sănătate.

5. CERINȚE TEHNICE MINIME OBLIGATORII:

7.1 Prevederi

- 1) În cazul în care, pe parcursul îndeplinirii contractului se constată faptul că anumite elemente ale poliței nu corespund cerințelor prevăzute în prezentul Caiet de sarcini, prevalează prevederile Caietului de sarcini.
- 2) Eventualele diferențe între propunerea tehnică și condițiile generale de asigurare trebuie evidențiate de ofertant în cadrul propunerii tehnice.
- 3) Oferta tehnică va conține răspunsurile ofertantului punctual la cerințele caietului de sarcini, în ordinea în care au fost enumerate precum și clauzele/facilitățile particulare propuse în plus de ofertant, fără a se face trimitere la alte condiții și cataloage de prestații medicale.
- 4) Termenul "an" utilizat pentru exprimarea valorică a sumei asigurate sau a numărului de accesări se va înțelege ca perioadă asigurată (12 luni de la intrarea în vigoarea a poliței/ contractului de asigurare).
- 5) Franșiza pentru serviciile medicale solicitate la cap. 8 lit. A-D) este 0 (zero).
- 6) Termenul de plată a despăgubirilor este de maxim 20 zile calendaristice de la data depunerii cererii inițiale de despăgubire.
- 7) Actualizarea numărului de asigurați acoperiți de asigurare se va face lunar. Achizitorul va transmite la sfârșitul lunii în format electronic numele salariaților ce vor intra în asigurare începând cu luna următoare și persoanele care părăsesc grupul de asigurare. Asiguratorul va opera modificările cu noii asigurați și cu persoanele care părăsesc grupul de asigurare de comun acord cu asiguratul, sub forma emiterii unui act adițional la contractul de asigurare.
- 8) Plata facturii/decontului de primă aferent raportărilor lunare se va efectua prin virament bancar în termen de 10 zile lucrătoare de la data transmiterii către achizitor în S.P.V.

8. ACHIZITIA ARE ÎN VEDERE ACOPERIREA URMĂTOARELOR SERVICII:

A) SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIU obligatorii, fără listă predefinită de prestații (conform Anexa nr.1), în valoare de minim 4000 de lei/an/asigurat:

a) Accesarea de consultații și controale medicale de specialitate/an/asigurat, fără recomandare, la toate specialitățile medicale. Nu se acceptă condiționare de accesare consultație anumită categorie de medici prin ramburs, doar în cazul în care salariatul optează astfel.

b) În cazul asiguraților care suferă de o boală cronică sau preexistentă, asiguratorul va acoperi costul serviciilor medicale accesate care au ca scop monitorizarea bolilor cronice și a afecțiunilor preexistente. Se vor acoperi consultațiile medicale, analizele de laborator, explorările funcționale, investigațiile medicale și

imagistice recomandate de medicul specialist, în cadrul unui consult pentru monitorizarea unei afecțiuni pre-existente sau boală cronică.

c) Accesarea de investigații medicale și imagistice, analize de laborator, explorări funcționale, recomandate de medicul specialist.

d) Polița va asigura contravaloarea serviciilor medicale necesare în timpul consultului de diagnosticare (tratamente), inclusiv medicamente sau substanțe de contrast sau alte substanțe utilizate sau recomandate, consumabile, pe durata efectuării serviciilor medicale.

B) SERVICII MEDICALE ADIACENTE (obligatorii):

a) Acces nelimitat la dispecerat de asistență al asiguraților disponibil 24 de ore din 24 de ore, 5 zile din 7, care să asigure contactul permanent dintre asigurat și asigurator și să furnizeze toate informațiile privind serviciile medicale acoperite și informații privind furnizorii de servicii medicale agreeți, cu obligativitatea confirmării call-center-ului în maxim 24 ore.

b) Acces cu prioritate la consultații, în regim de permanență, 24/24h, la camerele de gardă ale spitalelor.

C) SERVICII MEDICALE SUPLIMENTARE (obligatorii):

1) Servicii medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, în valoare de minim 1.000 lei/an/asigurat.

D) SERVICII MEDICALE SUPLIMENTARE (neobligatorii):

1) Spitalizarea de zi în ambulatoriu;

2) Contravaloarea serviciilor medicale în timpul spitalizării de zi în ambulatoriu (proceduri de mică chirurgie ex. extracții de corpi străini, incizii, toalete chirurgicale, suturi de plăgi, montare de branule, perfuzii, pansamente, etc.);

3) Dispozitive medicale utilizate sau recomandate;

4) Servicii medicale stomatologice cu discount-uri sau gratuități.

9.ÎN PROPUNEREA TEHNICĂ SE VOR CUPRINDE EXPLICIT URMĂTOARELE:

1) Serviciile medicale incluse în asigurare le achită Compania de Asigurări *direct furnizorului agreeat, fără a implica vreun cost din partea Asiguratului.*

2) Ofertanții au obligația de a întocmi propunerea tehnică în conformitate cu cerințele minime din Caietul de sarcini, astfel încât să se poată urmări serviciile oferite pentru fiecare poziție din Caietul de sarcini. Pentru fiecare categorie de servicii se vor nominaliza serviciile medicale acordate.

3) Contractul de asigurare voluntară de sănătate se va încheia între AACR și Asigurator, îndeplinirea obligațiilor Asiguratorului nefiind condiționate de subcontractări/parteneriate ale acestuia cu terții.

4) Asiguratorul va emite ghidul de asigurare pentru asigurat referitor la modul de accesare a poliței de asigurare.

5) Pentru a-și îndeplini responsabilitățile asumate, Ofertantul va numi un responsabil general care va primi/transmite orice cerere a Achizitorului privind

comunicarea de informații tehnice necesare executării contractului precum și a altor activități cu caracter tehnic legate direct de executarea contractului.

10. CRITERIUL DE ATRIBUIRE

- 1) Criteriul aplicat pentru atribuirea contractului de achiziție este cel mai bun raport calitate (conform serviciilor medicale acoperite în propunerea tehnică) – preț (valoare primă anuală de asigurare/salariat), conform următorului algoritm:

$$P \text{ (total)} = P \text{ (tehnic)} + P \text{ (financiar)}$$

Unde

Punctaj total = 100 puncte
din care,

punctajul tehnic maxim 90 puncte

punctaj financiar maxim 10 puncte

Acordarea celor 2 punctaje este detaliată mai jos:

A. Punctajul tehnic:

1. Pentru ofertarea serviciilor medicale obligatorii în ambulatoriu, fără listă predefinită de prestații (conform Anexa nr.1), în valoare de minim 4000 de lei, per salariat, conform mențiunilor cap.8 lit. A) pct. a) - d) - pondere 70%.

a) Pentru valoarea sumei asigurate/an/asigurat cea mai mare pentru serviciile medicale în ambulatoriu, se acordă punctaj maxim de 70 puncte.

b) Pentru o altă valoare a sumei asigurate/an/asigurat pentru serviciile medicale în ambulatoriu, decât cea prevăzută la litera "a", punctajul pentru ceilalți ofertanți se calculează conform următoarei formule de calcul:

$$P \text{ ofertă} = (\text{suma asigurată pentru serviciile medicale/an/asigurat în ambulatoriu, ofertată} \div \text{suma asigurată/an/asigurat cu valoarea cea mai mare pentru serviciile medicale în ambulatoriu}) \times 70.$$

2. Pentru ofertarea serviciilor medicale suplimentare obligatorii de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, conform mențiunilor cap. 8 lit.

C) pct. 1 pondere 10%.

a. Pentru valoarea sumei asigurate cea mai mare pentru serviciile medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, se acordă punctaj maxim de 10 puncte.

b. Pentru o altă valoare a sumei asigurate pentru serviciile medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, decât cea prevăzută la litera "a", punctajul pentru ceilalți ofertanți se calculează conform următoarei formule de calcul:

$$P \text{ ofertă} = (\text{suma asigurată pentru serviciile medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, ofertată} \div \text{suma asigurată cu valoarea cea mai mare pentru serviciile medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj}) \times 10.$$

3. Pentru ofertarea unuia sau a mai multor servicii medicale suplimentare conform mențiunilor cap. 8 lit. D) pct. 1 - 4 pondere 10% (4x2,5p).

a. Pentru valoarea sumei asigurate/an/asigurat cea mai mare pentru unul sau mai multe servicii medicale suplimentare conform mențiunilor cap. 8 lit. D) pct. 1 - 4, se acordă punctaj maxim de 10 puncte.

- b. Pentru o altă valoare a sumei asigurate/an/asigurat pentru unul sau mai multe servicii medicale suplimentare conform mențiunilor cap. 8 lit. D) pct. 1 - 4, decât cea prevăzută la litera "a", punctajul pentru ceilalți ofertanți se calculează conform următoarei formule de calcul:

$$P \text{ ofertă} = (\text{suma asigurată pentru unul sau mai multe servicii medicale suplimentare/an/asigurat conform mențiunilor cap. 8 lit. D) pct. 1 - 4, ofertate} \div \text{suma asigurată/an/asigurat cu valoarea cea mai mare pentru unul sau mai multe servicii medicale suplimentare conform mențiunilor cap. 8 lit. D) pct. 1 - 4}) \times 10.$$

B. Punctajul financiar se acordă astfel:

1. Prima de asigurare – pondere 10 % adică punctaj maxim 10 puncte.

(Prima de asigurare care se va lua în considerare este valoarea primei plătibile/asigurat, și va avea maxim contravaloarea în lei a sumei de 400 euro/angajat/an). Pentru valori mai mari de 400 euro/asigurat oferta va fi respinsă.

- a. Pentru valoarea primei de asigurare cea mai mică se acordă punctaj maxim de 10 puncte.
- b. Pentru o altă valoare a primei de asigurare/asigurat alta decât cea prevăzută la punctul "a" punctajul pentru ceilalți ofertanți se calculează conform următoarei formule de calcul:

$$P \text{ ofertă} = (\text{prețul cel mai scăzut al primei de asigurare} \div \text{prețul primei de asigurare/asigurat, ofertat}) \times 10.$$

(E-signed)

Specialist Resurse Umane

Anexa nr. 1

Lista serviciilor medicale/prestații medicale minim solicitate

Nr. crt.	Denumirea serviciilor medicale/prestațiilor medicale	Solicitat Acoperire începând cu prima zi de asigurare Cerința minim solicitată	Solicitat suma maximă asigurată/salariat Cerința minim solicitată	Solicitat Procentul de decontare directă în rețeaua furnizorului Cerința minim solicitată	Solicitat Procentul de decontare indirectă în afara rețelei furnizorului Cerința minim solicitată	Solicitat Procentul de decontare directă prin intermediul Call Center sau aplicație online în orice clinică privată, spital privat din România Autorizare Call center în 48 ore Cerința minim solicitată	Solicitat Operatorii economici vor completa cu DA/NU opțiunea de a oferta *
		solicitat	Lei	solicitat	solicitat	solicitat	
I	Servicii medicale de asistență primară						
1.	Acces la dispecerat de asistență al asiguraților						
2.	Acces la informații în legătură cu serviciile medicale incluse în asigurarea voluntară de sănătate						
3.	Acces la informații cu privire la prestatorii de servicii medicale (adresa, program de lucru)						
4	Identificarea Asigurat în momentul accesării serviciului de tip "Call center"						

AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ ROMÂNĂ

5	Asigurarea suportului în decontarea directă cu furnizorii de servicii medicale, suport în procesul de rambursare						
6	Oferă un sistem de sondaj prin telefon/ online, sistem prin care se oferă status pentru dosarele de rambursare						
7	Asigură resursele umane necesare funcționării dispeceratului de asistență al asiguraților						
8	Consultații și controale						
9	Analize de laborator						
10	Investigații						
11	Tratamente						
12	A doua opinie medicală						
13	Telemedicină						
14	Servicii medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, în limita minimă a 1.000 lei/an/asigurat.						

Anexa nr. 2

Lista serviciilor medicale/prestații medicale suplimentare de interes pentru AACR

Nr crt	Denumirea serviciilor medicale/prestațiilor medicale suplimentare	Ofertat	Neofertat	Obs.
I	Spitalizare de zi în ambulatoriu			
1	Contravaloarea serviciilor medicale în timpul spitalizării de zi în ambulatoriu (proceduri de mică chirurgie)			
2	Dispozitive medicale utilizate sau recomandate în cadrul spitalizării de zi			
II	Servicii medicale stomatologice cu discount și gratuite			

Anexa nr. 3

Structura grupului pe grupe de vârstă și sexe

Vârsta	Femei	Bărbați
20-24	2	2
25-29	2	3
30-34	4	1
35-39	5	5
40-44	21	10
45-49	22	19
50-54	19	18
55-59	13	21
60-64	4	15

(E-signed)

Specialist Resurse Umane

Anexa nr 2

OFERTANT ALLIANZ TIRIAC ASIGURARI SA
Cu sediul în Bucuresti
Strada Buzesti Nr 82-94 , Sector 1

Propunere tehnică

Data: 05.08.2025

Anunț de participare: SCN1165692

Obiectul contractului: : "Servicii de asigurare voluntara de sanatate pentru personalul A.A.C.R. "

Către: Autoritatea Contractantă : AUTORITATEA AERONAUTICA CIVILA ROMANA RA

După examinarea Documentației de atribuire, subsemnata Imputernicit Legal al ofertantului SC Allianz Tiriac Asigurari SA declar că ne oferim ca, în conformitate cu prevederile și cerințele cuprinse în documentația mai sus menționată, să livrăm " Servicii de asigurare voluntara de sanatate pentru personalul A.A.C.R " , după cum urmează.

Ne angajăm ca, în cazul în care oferta noastră este stabilită câștigătoare, să livrăm produsele în graficul de timp solicitat de autoritatea contractantă;
Ne angajăm să menținem această ofertă valabilă pentru o durată de 90 zile (*nouazeci zile*), respectiv până la data de 03.11.2025 și ea va rămâne obligatorie pentru noi și poate fi acceptată oricând înainte de expirarea perioadei de valabilitate;

Precizăm că :

☐ depunem ofertă alternativă, ale carei detalii sunt prezentate într-un formular de ofertă separat, marcat în mod clar „alternativă” / ”altă ofertă”;

☒ nu depunem ofertă alternativă.

Cerințe conform caietului de sarcini	Oferta
Cerințele tehnice minime, conform documentației de atribuire	Specificațiile oferite
OBIECTUL achiziției îl constituie încheierea unui contract de asigurare voluntară de sănătate de tip suplimentar pentru personalul AACR în limita a 200 persoane, indiferent de vârstă. Structura personalului pe grupe de vârstă și de sex se regăsește în anexa la prezentul. Datele de identificare ale persoanelor asigurate se vor comunica pe suport electronic societății asigurătoare, prelucrarea acestora făcându-se cu respectarea Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal. Asiguratorul va suporta costurile în limitele sumelor asigurate declarate în oferta sa Valoarea maximă a primei de asigurare pentru fiecare angajat nu poate depăși limita sumei de 400 Euro.	OBIECTUL Allianz Tiriac Asigurări SA va încheia un contract de asigurare asigurare voluntară de sănătate de tip suplimentar pentru personalul AACR în limita a 200 persoane, indiferent de vârstă. Allianz Tiriac Asigurări SA va suporta costurile în limitele sumelor asigurate declarate în oferta prezentată Valoarea maximă a primei de asigurare pentru fiecare angajat nu depășește limita sumei de 400 Euro.
DURATA CONTRACTULUI: 12 luni, perioada de acoperire asigurativă urmând să înceapă de la data semnării poliței de asigurare	DURATA CONTRACTULUI Perioada de acoperire asigurativă începe de la data semnării contractului de asigurare . pentru o perioadă de 12 luni

Ofertantul este admis in baza urmatoarelor documente prezentate, declaratiile depunandu-se pentru fiecare cerinta in parte: a) Autorizatia de functionare pentru practicarea acestui tip de asigurare, in conformitate cu art. 20 din Legea 237/2015; participantul poate fi asigurator sau se accepta si asociere intre asigurator si broker de intermediere b) Ofertantii vor face dovada din care sa rezulte ca ofertantul poate asigura acoperirea integrala a furnizorilor de servicii medicale necesare destaurarii contractului n acest sens. <i>De asemenea se accepta o decaratie pe proprie raspundere din partea reprezentantului legal al asiguratorului din care sa rezulte indeplinirea cerintei.</i> c) Ofertantii vor prezenta lista furnizorilor agreati de servicii medicale (cabinete medicale de specialitate in ambulatoriu, spitalele, serviciile de ambulanta, cabinete de investigatii paraclinice) care va contine denumirea furnizorului de servicii medicale, adresa, telefon, persoana de contact, descriere serviciu medical oferit	Allianz Tiriac Asigurari SA detine : - Autorizatia de functionare pentru practicarea acestui tip de asigurare, in conformitate cu art. 20 din Legea 237/2015; Decizia 35 / 19.11.2001 emisa de Comisia de Supraveghere a Asigurarilor si Decizia 1031 /24.08.2018 emisa de ASF - Depunem recomandari din activitate similara - Allianz Tiriac Asigurari Sa depune lista clinicilor partenere (cabinete medicale de specialitate in ambulatoriu, spitalele, serviciile de ambulanta, cabinete de investigatii paraclinice) care contine denumirea furnizorului de servicii medicale, adresa, telefon, , descriere serviciu medical oferit
--	---

CERINTE TEHNICE MINIME OBLIGATORII: 7.1 Prevederi 1)h In cazul in care, pe parcursul indeplinirii contractului se constata faptul ca anumite elemente ale politei nu corespund cerintelor prevazute in prezentul Caiet de sarcini, prevaleaza prevederile Caietului de sarcini. 2) Eventualele diferente între propunerea tehnica si conditiile generale de asigurare trebuie evidentiata de ofertant in cadrul propunerii tehnice. 3) Oferta tehnica va contine raspunsurile ofertantului punctual la cerintele caietului de sarcini in ordinea in care au fost enumerate precum si clauzele/facilitatile particulare propuse plus de ofertant, fara a se face trimitere la alte conditii si cataloage de prestatii medicale. 4) Termenul "an" utilizat pentru exprimarea valorica a sumei asigurate sau a numarului de accesari se va intelege ca perioada asigurata (12 luni de la intrarea in vigoarea a politei/ contractului de asigurare). 5) Franiza pentru serviciile medicale solicitate la cap. 8 lit. A-D) este 0 (zero). 6)Termenul de plata a despagubirilor este de maxim 20 zile calendaristice de la data depunerii cererii initiale de despagubire. 7) Actualizarea numarului de asigurati acoperiti de asigurare se va face lunar. Achizitorul va transmite la startul lunii n format electronic numele salariatilor ce vor intra in asigurare incepand cu luna urmatoare i persoanele care parasesc grupul de asigurare. Asiguratorul va opera modificarile cu noii asigurati i cu persoanele care parasesc grupul de asigurare de comun acord cu asiguratul, sub forma emiterii unui act aditional la contractul de asigurare. 8) Plata facturii/decontului de prima aferent raportarilor lunare se va efectua prin virament bancar termen de 10 zile lucratoare de la data transmiterii catre achizitor n S.P.V.	CERINTE TEHNICE MINIME OBLIGATORII: 1) Oferta tehnica contine raspunsurile ofertantului punctual la cerintele caietului de sarcini. 2) Termenul "an" utilizat pentru exprimarea valorica a sumei asigurate sau a numarului de accesari se va intelege ca perioada asigurata (12 luni de la intrarea in vigoarea a politei/ contractului de asigurare). 3) Franiza pentru serviciile medicale solicitate la cap. 8 lit. A-D) este 0 (zero). 4) Termenul de plata a despagubirilor este de maxim 20 zile calendaristice de la data depunerii cererii initiale de despagubire. 5) Actualizarea numarului de asigurati acoperiti de asigurare se va face lunar. Achizitorul va transmite la startul lunii n format electronic numele salariatilor ce vor intra in asigurare incepand cu luna urmatoare i persoanele care parasesc grupul de asigurare. Asiguratorul va opera modificarile cu noii asigurati i cu persoanele care parasesc grupul de asigurare de comun acord cu asiguratul, sub forma emiterii unui act aditional la contractul de asigurare. 6) Plata facturii/decontului de prima aferent raportarilor lunare se va efectua prin virament bancar termen de 10 zile lucratoare de la data transmiterii catre achizitor n S.P.V.
--	---

A) <u>SERVICIILE MEDICALE IN AMBULATORIU obligatorii</u>, fara lista predefinita de prestatii (conform Anexa nr.1), in valoare de minim 4000 de lei/an/asigurat a) Accesarea de consultatii si controale medicale de specialitate/an/asigurat, fara recomandare, la toate specialitatile medicale. Nu se accepta conditionare de accesare consultatie anumita categorie de medici prin ramburs, doar in cazul in care salariatul opteaza astfel. b) In cazul asiguratilor care sufera de o boala cronica sau preexistenta, asiguratorul va acoperi costul serviciilor medicale accesate care au ca scop monitorizarea bolilor cronice si a afectiunilor preexistente. Se vor acoperi consultatiile medicale, analizele de laborator, explorarile functionale, investigatiile medicale imagistice/recomandate de medicul specialist, in cadrul unui consult pentru monitorizarea unei afectiuni pre-existente sau boala cronica. c) Accesarea de investigatii medicale si imagistice, analize de laborator, explorari functionale, recomandate de medicul specialist. d) Polita va asigura contravaloarea serviciilor medicale necesare in timpul consultului de diagnosticare (tratamente), inclusiv medicamente sau substante de contrast sau alte substante utilizate sau recomandate, consumabile, pe durata efectuării serviciilor medicale. B) <u>SERVICIILE MEDICALE ADIACENTE</u> (obligatorii): a) Acces nelimitat la dispecerat de asistenta al asiguratilor disponibil 24 de ore din 24 de ore, 5 zile din 7, care sa asigure contactul permanent dintre asigurat si asigurator si sa furnizeze toate informatiile privind serviciile medicale acoperite si informatii privind furnizorii de servicii medicale agreati, cu obligativitatea confirmarii call-center-ului in maxim 24 ore. b) Acces cu prioritate la consultatii/regim de permanenta, 24/24h, la camerele de garda ale spitalelor.	- <u>SERVICIILE MEDICALE IN AMBULATORIU obligatorii</u>, fara lista predefinita de prestatii (conform Anexa nr.1), in valoare de NELIMITAT lei/an/asigurat - Accesarea de consultatii si controale medicale de specialitate/an/asigurat, fara recomandare, la toate specialitatile medicale. Consultatii de specialitate: medicină generală, medicină de familie, medicină internă, pediatrie – neonatologie, alergologie si imunologie clinica, boli infecțioase, cardiologie, dermatologie, diabet – boli de nutriție, endocrinologie, flebologie, gastroenterologie, hematologie, medicină fizică și reabilitare, nefrologie, neurologie, obstetrică – ginecologie, oftalmologie, oncologie, ORL, ortopedie – traumatologie, pneumologie, reumatologie, urologie, senologie, orice specialitate chirurgică. Tratamentul non-chirurgical al urgențelor medicale* necesar pentru stabilizarea condiției medicale, efectuat de medicul generalist și/sau specialist în cadrul unei consultații acoperite prin polița de asigurare. - Risc acoperit: accident și/sau imbolnavire - afecțiuni acute si puseul acut al unei boli cronice sau al unei afecțiuni pre-existente Monitorizare boli cronice / afecțiuni pre-existente - Investigatii medicale clinice și paraclinice în scop de diagnosticare, recomandate de medic și justificate din punct de vedere medical pentru diagnosticul/simptomatologia Asiguratului/Asiguratului dependent, în cadrul unei specialități medicale incluse în pachetul de consultații : - Analize de laborator cu excepția testelor de genetica - Explorări funcționale* - orice tip de investigație din categoria: Electrocardiograma, ECG de efort, oscilometrie, Holter TA și ECG, probe respiratorii, audiometrie, proceduri endoscopice, EEG etc.
--	--

C) SERVICII MEDICALE SUPLIMENTARE (obligatorii): 1) Servicii medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, în valoare de minim 1.000 lei/an/asigurat. D) SERVICII MEDICALE SUPLIMENTARE (neobligatorii): 1) Spitalizarea de zi în ambulatoriu; 2) Contravaloarea serviciilor medicale în timpul spitalizării de zi în ambulatoriu (proceduri de mică chirurgie ex. extracții de corpi străini, incizii, toalete chirurgicale, suturi de plăgi, montare de branule, perfuzii, pansamente, etc.); 3) Dispozitive medicale utilizate sau recomandate; 4) Servicii medicale stomatologice cu discount-uri sau gratuitati	- Imagistică medicală* - orice tip de investigație din categoria: Ecografie, investigații cu raze X (radiografie, radioscopie, mamografie, osteodensitometrie), CT, RMN - Intervenții chirurgicale efectuate în regim ambulatoriu* recomandate de medic în cadrul unei specialități medicale incluse în pachetul de consultații cu acoperirea inclusiv cazarea pe termen scurt (3-6 ore) ○ SERVICII MEDICALE SUPLIMENTARE (obligatorii) 1) Servicii medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, în valoare de minim 1.000 lei/an/asigurat. SERVICII MEDICALE SUPLIMENTARE (neobligatorii) 1) Spitalizarea de zi în ambulatoriu; 2) Contravaloarea serviciilor medicale în timpul spitalizării de zi în ambulatoriu (proceduri de mică chirurgie ex. extracții de corpi străini, incizii, toalete chirurgicale, suturi de plăgi, montare de branule, perfuzii, pansamente, etc.); 3) Servicii medicale stomatologice cu discount-uri sau gratuitati (beneficii ataste)
---	---

Data completării: 05.08.2025

Oferant
Imputernicit Legal,

Anexa la propunerea tehnica

Data emiterii ofertei: 05.08.2025

Către: AUTORITATEA AERONAUTICA CIVILA ROMANA – V1

Asigurarea de sănătate **SanaPlan** este un produs modular, compus din planuri de asigurare ce pot fi alese în diferite combinații, permitând astfel flexibilitatea oferirii unor pachete motivaționale diferențiate angajaților dumneavoastră.

Vă supunem atenției beneficiile oferite de polița de asigurare de sănătate de la Allianz-Tiriac Asigurări S.A.

Date despre grup

Număr total asigurați*: **200 Angajați**

*În perioada de valabilitate a ofertei, pentru orice modificare a numărului de asigurați care nu depășește 10% din numărul total menționat mai sus, va fi folosită aceasta variantă.

Date despre asigurare

Durata asigurării: **1 an**

Moneda poliței: **RON**

Frecvența plăta: **trimestrial/lunar**

Riscurile sunt acoperite pe teritoriul României, 24h / 24h.

Prezentă oferta a fost întocmită pe baza datelor furnizate de Contractant.

Oferta de primă este valabilă doar în 1 variant în RON, 1 variant în EURO fiind doar orientativă.

Cursul folosit în redactarea ofertei este 1 EUR = 4,97 RON.

Mențiuni speciale

Vă punem la dispoziție, pe întreg teritoriul țării, o vastă rețea de parteneri – furnizori de servicii medicale, centre de diagnostic imagistic, spitale și servicii de ambulanță selectate cu profesionalism și monitorizate cu atenție, capabile să ofere servicii de înaltă calitate. Asiguratul poate alege să apeleze la serviciile furnizate de partenerii medicali Allianz – Tiriac sau să apeleze la orice alt medic sau instituție medicală din România.

Contractantul este de acord să faciliteze și să susțină orice demersuri inițiate de Asigurător în scopul obținerii de informații privind asigurarea de sănătate de care beneficiază și calitatea serviciilor medicale oferite de partenerii medicali din rețeaua de clinici AZT.

Includerea ca dependent a următoarelor persoane: soț/soție/copii, în următoarele condiții:

- conform solicitărilor de intrare în asigurare trimise și acceptate de Asigurător în prima lună din anul de asigurare;
- în cazul căsătoriei asiguratului în cursul anului de asigurare sau a nașterii unui copil pentru asiguratul titular în cursul anului de asigurare – în luna imediat următoare evenimentului;
- odată cu includerea unui nou asigurat titular în cursul anului de asigurare.

Pentru toți asigurații dependenți sunt valabile următoarele reguli:

- în momentul în care vor fi raportați ca ieșiți din asigurare, nu vor mai putea fi incluși pe poliță decât la reînnoirea contractului;
- nu este posibilă preluarea în asigurare retroactiv;
- raportarea privind includerea/excluderea se acceptă o dată pe luna pentru toate persoanele.

Alte servicii oferite prin asigurarea de sănătate SanaPlan:

- **Infoline:** 021 20 19 100 unde se pot obține informații de Luni până Vineri între orele 8.00-20.00 referitoare la condițiile de asigurare, procedura de daună și informații referitoare la Rețeaua de parteneri medicali.
- **Serviciul Asistentă Asigurări Sanatate:** 021 20 19 100 disponibil de Luni până Duminică între orele 7.00 – 21.00, cu disponibilitate 24/7 operator în limba engleză, în afara programului menționat anterior.
- **Aplicatia Allianz –Tiriac:** acces rapid la informațiile medicale și ușurința în deschiderea unui dosar de rambursare. Aplicatia este disponibilă în App Store, Google Play iar la www.allianztiriac.ro și opțiunea de deschidere a unui dosar de ramburs este disponibilă și în 1 variantă desktop la adresa: <https://notificare.allianztiriac.ro/sanatate/#>.
- **Beneficii suplimentare:** asigurații unui contract SanaPlan, beneficiază de o serie de facilități, reduceri și gratuități la anumiți furnizori selectați de Allianz Tiriac. Vă recomandăm să consultați lista actualizată a beneficiilor pe site-ul: www.allianztiriac.ro;

Detalii complete cu privire la beneficii se regăsesc în termenii și condițiile de asigurare SanaPlan și în Tabelele de beneficii, atașate prezentei oferte.

NOTA DE INFORMARE

Drepturile și obligațiile Contractantului și ale Asigurătorului, corespunzătoare acestei asigurări de sănătate sunt stabilite prin condițiile de asigurare.

BENEFICIIL, EVENIMENTE ASIGURATE, INDEMNIZAȚII SI PRIME DE ASIGURARE

Beneficiile corespunzătoare planurilor de asigurare solicitate sunt următoarele:

Planul Ambulatoriu - Tabel beneficii

Beneficii asigurate	Costuri acoperite de Asigurător / an de asigurare / Asigurat	
	În rețeaua de parteneri medicali – prin decontare directă	Alte instituții medicale – prin rambursare de costuri
	Risc acoperit: accident si/sau imbolnavire - afecțiuni acute si puseul acut al unei boli cronice sau al unei afecțiuni pre-existente Monitorizare boli cronice / afecțiuni pre-existente (R)	
Consultații de specialitate: medicină generală, medicină de familie, medicină internă, pediatrie – neonatologie, alergologie si imunologie clinica, boli infecțioase, cardiologie, dermatologie, diabet – boli de nutriție, endocrinologie, flebologie, gastroenterologie, hematologie, medicină fizică și reabilitare, nefrologie, neurologie, obstetrică – ginecologie, oftalmologie, oncologie, ORL, ortopedie – traumatologie, pneumologie, reumatologie, urologie, senologie, orice specialitate chirurgicală. Tratamentul non-chirurgical al urgențelor medicale* necesar pentru stabilizarea condiției medicale, efectuat de medicul generalist și/sau specialist în cadrul unei consultații acoperite prin polița de asigurare. (MCons4)	100% din costuri	100% din costuri
Serviciul "A doua opinie medicală" pentru confirmarea unui diagnostic sau a unui tratament complex, accesibil prin intermediul portalului dedicat acestui serviciu, disponibil la secțiunea Daune pe www.allianztiriad.ro		
Investigații medicale clinice și paraclinice în scop de diagnosticare, recomandate de medic și justificate din punct de vedere medical pentru diagnosticul/simptomatologia Asiguratului/Asiguratului dependent, în cadrul unei specialități medicale incluse în pachetul de consultații		
Analize de laborator cu excepția testelor de genetica (MLab4)	100% din costul investigațiilor efectuate	100% din costul investigațiilor efectuate
Explorări funcționale* - orice tip de investigație din categoria: Electrocardiograma, ECG de efort, oscilometrie, Holter TA și ECG, probe respiratorii, audiometrie, proceduri endoscopice, EEG etc. (MExp1)	100% din costul investigațiilor efectuate	100% din costul investigațiilor efectuate
Imagistică medicală* - orice tip de investigație din categoria: Ecografie, investigații cu raze X (radiografie, radioscopie, mamografie, osteodensitometrie), CT, RMN (MImq2)	100% din costul investigațiilor efectuate	100% din costul investigațiilor efectuate
Intervenții chirurgicale efectuate în regim ambulatoriu* recomandate de medic în cadrul unei specialități medicale incluse în pachetul de consultații (MChq2)	100% din costuri	100% din costuri
* se acoperă inclusiv cazarea pe termen scurt (3-6 ore)		

Teleconsultatii

Serviciu de consultație medicală prin videoconferință, ce poate fi accesat oricând ai o problemă de sănătate care nu necesită în mod obișnuit deplasarea la o instituție medicală în vederea diagnosticării și obținerii de recomandări pentru investigații sau a unui tratament.

100% din costuri doar la partenerul dedicat. Detaliile privind accesarea serviciului se regăsesc la adresa www.allianztiriad.ro

-

Recuperare medicala ca urmare a unui accident, afecțiuni acute, puseul acut al unei boli cronice/afecțiuni pre-existente sau boala cronică/afecțiune pre-existentă

(MTrat2)		
Beneficii asigurate	În rețeaua de parteneri medicali – prin decontare directă	Alte instituții medicale – prin rambursare de costuri
Proceduri/sedinte de fizio-kinetoterapie	100% din costuri în limita a 1.000 RON/Asigurat/ an de asigurare, dacă sunt recomandate de medicul specialist	

Servicii adiționale

Acces 24/7 la serviciul Doctor Chat - asistentul virtual care te ajută să obții rapid recomandări competente de la medici generaliști, fără o programare prealabilă. Conversațiile se pot desfășura prin WhatsApp, Telegram, Viber sau prin SMS, în lipsa unei conexiuni la internet. Găsești toate detaliile de accesare la adresa www.allianztiriac.ro

AVIZAREA PRODUCERII RISCURILOR

În cazul beneficiilor din cadrul planurilor de asigurare pentru care Asiguratorul oferă decontare directă, avizarea se efectuează prin intermediul furnizorului de servicii medicale din rețeaua de parteneri medicali agreați sau conform procedurii de accesare a serviciilor medicale incluse în asigurarea de sănătate de grup SanaPlan, document anexat contractului de asigurare.

În cazul beneficiilor din cadrul planurilor de asigurare pentru care Asiguratorul oferă rambursare de costuri sau plăți de indemnizații, după efectuarea cheltuielilor medicale de către Asigurat/ Asigurat dependent, avizarea se poate face online pe www.allianztiriac.ro sau prin intermediul aplicației Allianz-Tiriac, disponibilă în Google Play și App Store, prin furnizarea documentelor medicale și fiscale corespunzătoare.

INTRAREA ÎN VIGOARE ȘI ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

Răspunderea Asiguratorului pentru fiecare Asigurat/Asigurat dependent începe la data la care acesta confirmă dobândirea calității de Asigurat/Asigurat dependent ca urmare a finalizării procedurilor de subscriere și a achitării primei de asigurare, dar nu mai devreme de ora 0:00 a zilei de intrare în valabilitate menționate în polița/certificat. Contractul de asigurare încetează la ora 24 a zilei specificată în poliță ca dată de încetare a valabilității.

MODALITĂȚI DE ÎNCETARE A CONTRACTULUI DE ASIGURARE

Contractul de asigurare poate înceta la data de expirare a valabilității sau înainte de data expirare a valabilității, în următoarele cazuri: la cererea expresă a Contractantului, în caz de neplată a primei de asigurare sau în caz de forță majoră, conform precizărilor din condițiile de asigurare de grup.

EXCLUDERI

1. Asiguratorul nu acoperă riscul cauzat direct sau indirect de:

- evenimente de război (indiferent dacă a fost declarat sau nu), ale invaziei sau acțiunii unui dușman extern, ale războiului civil, revoluției, insurecției, dictaturii militare, conspirației, urmările actelor de terorism, 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;
- contaminarea radioactivă, acțiunea armelor chimice sau biologice;
- boli sau accidente pe care Asiguratul/ Asiguratul dependent și le-a provocat intenționat, încercarea de sinucidere sau de automutilare a Asiguratului/ Asiguratului dependent chiar dacă acesta s-a aflat într-o situație în care i-a fost afectat discernământul;
- starea de ebrietate, etilismul cronic, consumul de medicamente sau droguri cu excepția medicamentelor prescrise de către un medic și administrate conform prescripției acestuia;
- otrăvirea sau intoxicația cauzată de ingerarea sau inhalarea de substanțe solide, lichide sau gazoase cu excepția situației în care acestea au fost generate de un accident;
- evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/pandemii declarate în mod oficial de către Autoritatea abilitată;
- desfășurarea unor activități periculoase precum: forțe armate (servicii speciale, activități cu dispozitive explozibile, aviație militară, navigație militară, pompieri militari), aviație (aviație utilitară, piloți de testare, piloți pentru platformele de combustibil), scafandri care folosesc explozibili, forțe speciale ale poliției, servicii de securitate personală, alpinism utilitar, activități de exploatare minieră (în subteran), de instalații pentru combustibili, activități pe platforme de petrol și gaze, activități în industria substanțelor explozibile;
- practicarea la nivel profesionist a oricărui sport, atât în timpul antrenamentelor, cât și al competițiilor; practicarea la nivel de amator sau profesionist a unor activități sau hobby-uri considerate periculoase cum ar fi, dar fără a ne limita la: alpinism, escaladă, arte marțiale, curse de vehicule motorizate, rugby, activități de aviație și navigație nedestinate transportului autorizat de persoane, K1, lupte de corp, box, parașutism, planorism, zbor cu parapantă, deltaplanorism, sărituri cu schiurile, bungee-jumping, speologie, surfing, curse de călărie, rodeo, curse auto, circuite pentru motocicliști, rafting, scufundări libere la mare adâncime sau sub strat de gheață;
- participarea Asiguratului/ Asiguratului dependent la misiuni militare cu profil operativ sau de instruire (inclusiv misiuni de menținere a păcii);
- participarea activă a Asiguratului/ Asiguratului dependent la acte de terorism sau tulburări interne (revolte, tulburări sociale, revoluții), de partea celor care le-au generat;
- săvârșirea cu intenție de către Asigurat/ Asigurat dependent a unei fapte incriminate ca infracțiune de legea statului în care s-a produs fapta (constatată printr-un act judiciar emis de autoritatea competentă din statul unde s-a săvârșit fapta), dacă aceasta este incriminată de legea română.

2. De asemenea, dacă nu se specifică altfel în Tabelele de beneficii, Asiguratorul nu acoperă serviciile medicale și spitalizarea în legătură cu:

- boli cronice sau afecțiuni/ condiții medicale preexistente;
- monitorizarea sarcinii, starea de graviditate, nașterea copilului, precum și complicațiile apărute în evoluția sarcinii sau după naștere. Această excludere nu se aplică în cazul serviciilor necesare primei diagnosticări/ confirmări a sarcinii și a serviciilor medicale de urgență necesare stabilizării condiției medicale pentru următoarele complicații: sarcină ectopică, diabet gestațional, pre-eclampsie, eclampsie, sarcină oprită în evoluție și avort spontan;

- c) disfuncțiile sexuale, infertilitate, sterilitate, pre-concepție, inseminarea artificială, fertilizarea in-vitro sau transferul embrionului, avortul provocat, circumcizia la cerere, intențiile de schimbare a sexului, frigiditate și/sau impotență, orice fel de tulburări de identitate sexuală;
 - d) proceduri medicale cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
 - e) diagnosticarea greșită sau tratamentul greșit acordat de un cadru medical (culpă medicală certificată);
 - f) afecțiuni și complicații ale acestora apărute ca urmare a faptului că Asiguratul/ Asiguratul dependent ignoră, nu respectă sau acționează împotriva indicațiilor și recomandărilor medicului care îl tratează;
 - g) 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 tratamentele, serviciile medicale și/sau spitalizarea efectuate cu scopul scăderii în greutate;
 - h) infecția cu HIV/ SIDA, precum și consecințele acestora;
 - i) anomaliile congenitale sau complicațiile/ bolile implicate de anomalii congenitale, indiferent dacă Asiguratul/ Asiguratul dependent avea sau nu cunoștință de existența acestora;
 - j) transplantul, achiziția de organe în vederea transplantului, inclusiv cheltuieli efectuate în vederea căutării donatorilor de organe;
 - k) verificări medicale de rutină, profilaxia, precum și orice tip de vaccin, cu excepția celor necesare în scop curativ (antitetanos și antirabic);
 - l) emiterea unor certificate, rapoarte, precum și eliberarea oricărui tip de document care nu are ca scop diagnosticul și tratamentul unei afecțiuni (ex. certificate prenuptiale, fișă medicală necesară obținerii permisului de conducere, aviz epidemiologic, aviz de port-armă etc);
 - m) afecțiunile logopedice;
 - n) tratamentul de recuperare în spitale, sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare; cure de dezacoolizare sau de dezintoxicare; reabilitare, recuperare medicală, fiziokinetoterapie și geriatrie;
 - o) afecțiunile psihice și orice alte tulburări mentale ale Asiguratului;
 - p) probleme stomatologice, chirurgie dentară, inclusiv cheltuieli medicale cu aparatura dentară, proteze dentare, dinți artificiali, punți și/sau coroane dentare etc.;
 - q) analize de genetică umană, studiile de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic.
3. De asemenea, dacă nu se specifică altfel în Tabelele de beneficii, Asigurătorul nu acoperă:
- a) cheltuieli efectuate pentru achiziționarea medicamentelor sau a dispozitivelor medicale și a materialelor sanitare, la recomandarea medicului sau în scop de automedicație;
 - b) cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;
 - c) cheltuieli efectuate pentru servicii de medicină complementară/ alternativă;
 - d) serviciile medicale și spitalizarea efectuate pe baza recomandărilor/ biletelor de trimitere emise de către medici mai vechi de 90 de zile de la data emiterii acestora.

MODALITĂȚI ȘI TERMENE DE PLATĂ A PRIMELOR DE ASIGURARE ȘI A BENEFICIILOR

Plata primelor de asigurare se face în RON, prin transfer bancar sau prin orice alt mijloc de plată agreat de Asigurător. Prima de asigurare se plătește la scadențele indicate în poliță, conform frecvenței de plată aleasă de Contractant și acceptată de Asigurător la încheierea contractului de asigurare. Valoarea și frecvența de plată a primelor, precum și configurația planului de acoperiri nu pot fi modificate pe parcursul desfășurării contractului de asigurare.

Plata indemnizațiilor de asigurare, respectiv rambursare costurilor se face în termen de 30 zile calendaristice de la îndeplinirea de către Contractant/Asigurat/Asigurat dependent a obligațiilor prevăzute în condițiile de asigurare. Asigurătorul efectuează plata acestor sume prin transfer bancar, în moneda RON.

Polița nu are valoare de răscumpărare.

INFORMAȚII GENERALE PRIVIND DEDUCERILE PREVĂZUTE DE LEGISLAȚIA FISCALĂ CARE SE APLICĂ CONTRACTELOR DE ASIGURARE

Conform codului fiscal primele de asigurare voluntară de sănătate sunt deductibile fiscal pentru angajator în limita a 400 EUR/ persoană per an.

Implicațiile fiscale aferente încheierii unui contract de asigurare voluntară de sănătate se află în sarcina Contractantului.

LEGEA APLICABILĂ

Legea aplicabilă contractului de asigurare este Legea Română.

RECLAMAȚII

În vederea rezolvării pe cale amiabilă a reclamațiilor formulate de Contractant/Asigurat, vă rugăm să transmiteți o reclamație la oricare dintre următoarele adrese/numere de telefon: Poștă/ Registratură: adresa Strada Buzesti, nr. 82-94, etajele 3, 4, 12, , București, Sector 1, cod postal 0101017; E-mail: info@allianztiriad.ro; Fax: 021 2082 211; Site: www.allianztiriad.ro la rubricile Contact si Reclamatii; Telefon: 021.20.19.180 sau 021 20.19. 181 de luni pana vineri de la 8:00 la 20:00.

Consumatorul are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, prin intermediul entității SAL-FIN, care funcționează exclusiv în cadrul A.S.F. În prealabil, trebuie să faceți dovada că ați încercat să soluționați litigiul direct cu comerciantul în cauză. Mai multe informații se găsesc la adresa: <https://www.allianztiriad.ro/soluționare-litigii/>.

De asemenea aveți posibilitatea să adresați reclamații Autorității de Supraveghere Financiară care are următoarele date de contact: București, Splaiul Independenței nr. 15, sector 5, telefon 021/659 64 64, fax 021/659 60 51 și 021/ 659 64 36, e-mail: office@asfr.ro

Conform condițiilor de asigurare, instanța competentă să soluționeze posibilele litigii în legătură cu polița de asigurare, litigii ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, este instanța de judecată română.

FONDUL DE GARANTARE

În scopul protejării creditorilor de asigurări (asigurați, beneficiari ai asigurării și terțe persoane păgubite) de consecințele insolvenței asigurătorului este constituit Fondul de garantare a asiguraților, persoana juridică de drept public, înființată în baza Legii nr. 213/2015. Fondul garantează plata de indemnizații/ despăgubiri rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate în condițiile legii, în cazul falimentului unui asigurător.

Mai multe detalii despre Fondul de Garantare a Asiguraților se regăsesc pe pagina de internet: www.fgaromania.ro

DATE ASIGURĂTOR

Asigurător: S.C. Allianz-Tîriac Asigurări S.A.

- Adresa: Str. Buzesti, nr. 82-94, etajele 3, 4, 12, București, Sector 1, cod postal 0101017, România;
- Telefon: 021 2082 222; Fax 021 2082 211; www.allianztiriac.ro;
- Capital social subscris și vărsat: 94.393.890 lei;
- Înregistrat la ORC sub nr. J40/15882/1994, CUI: 6120740;
- Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară;
- Codul alocat în Registrul asigurătorilor și reasigurătorilor: RA-017;
- Codul LEI 529900XKNXM9MBH8GS45;
- Operator de date cu caracter personal nr. 779;
- EN ISO 9001:2015.

DECLARAȚII

Semnând prezenta ofertă, Contractantul, prin Reprezentantul legal:

- **confirmă** că a primit, a citit și acceptă condițiile privind asigurarea de grup de sănătate SanaPlan, versiunea CGS20, **și este de acord** ca acestea să facă parte integrantă din contractul de asigurare;
- **confirmă** că a citit și este de acord cu informațiile din Nota de informare din prezenta ofertă;
- **confirmă** că activitatea de colectare a datelor cu caracter personal, spre a fi puse la dispoziția Asigurătorului, înaintea încheierii sau pe durata derulării contractului de asigurare, se efectuează cu respectarea legislației în vigoare privind protecția datelor personale;
- **confirmă** că a îndeplinit și se obligă să îndeplinească pe parcursul derulării contractului de asigurare, în mod complet și corespunzător, toate obligațiile de:
 - informare a persoanelor vizate, prin documentul „Notificare privind prelucrarea datelor cu caracter personal”;
 - obținere a consimțământului cu privire la dezvăluirea și prelucrarea datelor cu caracter personal de către Asigurător și de către partenerii Asigurătorului (de reasigurare, administrare daune sau pentru alte servicii în legătură cu producerea riscurilor acoperite), în scopul prestării serviciilor de asigurare (ofertare, gestionare a contractelor de asigurare și soluționare a daunelor), prin intermediul documentului „Formular Exonerare/ Declarație de Consimțământ”.

Documentele „Notificare privind prelucrarea datelor cu caracter personal” și „Formular Exonerare/ Declarație de Consimțământ” au fost puse la dispoziție de către Asigurător, astfel încât Contractantul să-și poată îndeplini în mod adecvat și complet obligațiile menționate.

- **se obligă** să colecteze datele și semnătura fiecărui Asigurat/Asigurat Dependent pe documentul „Formular Exonerare/ Declarație de Consimțământ”, pus la dispoziție de către Asigurător și, la solicitarea acestuia, să pună la dispoziția Asigurătorului formularul anterior menționat. În caz contrar, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare dacă, din acest motiv, nu poate determina dacă riscul produs se încadrează în excluderile contractuale;
- **acceptă** ca prezenta ofertă împreună cu Tabelul date asigurați să facă parte integrantă din contractul de asigurare;
- **se obligă** să informeze toți asigurații despre prezenta ofertă de asigurare de sănătate, inclusiv despre mențiunile din Nota de informare precum și despre toți termenii contractuali ai acesteia;
- **se obligă** să le transmită tuturor asiguraților condițiile de asigurare de sănătate și Certificatul de Asigurare în termen de 10 zile calendaristice de la data la care acesta le primește de la Asigurător;
- **este de acord** că poliță emisă în baza prezentei oferte nu este valabilă dacă la momentul semnării Contractantul se afla în procedură de divizare sau fuziune sau se afla declarat în faliment;
- **confirmă** faptul că informațiile care stau la baza prezentei oferte, inclusiv numărul total de angajați și descrierea categoriei/categoriilor precum și datele declarate în Tabel date Asigurați sunt corecte și complete, în caz contrar cunoscând că Asigurătorul va refuza onorarea prestațiilor descrise prin condițiile de asigurare de sănătate, aceasta incluzând și plata indemnizațiilor de asigurare/rambursarea costurilor **și se obligă** să informeze toți asigurații despre decizia Asigurătorului;
- **confirmă** următorul criteriu de selecție a asiguraților – totalitatea angajaților – și înțelege că acesta va face obiectul procedurilor de subscriere;
- **cunoaște** faptul că oferta nu angajează în mod irevocabil Asigurătorul, acesta având dreptul de a modifica termenii acesteia sau de a o revoca, în funcție de procedurile sale interne de subscriere.

- **Este de acord ca prezenta ofertă să fie valabilă pentru o perioadă de maxim 90 de zile calendaristice de la data de 05.08.2025**

Anexa nr. 1

Lista serviciilor medicale/prestații medicale minim solicitate

Nr. crt.	Denumirea serviciilor medicale/prestațiilor medicale	Solicitat Acoperire începând cu prima zi de asigurare Cerința minim solicitată	Solicitat suma maximă asigurată/salariat Cerința minim solicitată	Solicitat Procentul de decontare directă în rețeaua furnizorului Cerința minim solicitată	Solicitat Procentul de decontare indirectă în afara rețelei furnizorului Cerința minim solicitată	Solicitat Procentul de decontare directă prin intermediul Call Center sau aplicație online în orice clinică privată, spital privat din România Autorizare Call center în 48 ore Cerința minim solicitată	Solicitat Operatorii economici vor completa cu DA/NU opțiunea de a oferta*
		solicitat	Lei	solicitat	solicitat	solicitat	
1	Servicii medicale de asistență primară	DA	NEUNITAT	100%	100%	DA	
1.	Acces la dispecerat de asistență al asiguraților						
2.	Acces la informații în legătură cu serviciile medicale incluse în asigurarea voluntară de sănătate	DA					
3.	Acces la informații cu privire la prestatorii de servicii medicale (adresa, program de lucru)	DA					
4	Identificarea Asigurat în momentul accesării serviciului de tip "Call center"	DA					

5	Asigurarea suportului în decontarea directă cu furnizorii de servicii medicale, suport în procesul de rambursare	DA						
6	Oferă un sistem de sondaj prin telefon/ online, sistem prin care se oferă status pentru dosarele de rambursare	DA						
7	Asigură resursele umane necesare funcționării dispeceratului de asistență al asiguraților	DA						
8	Consultații și controale	DA	NEUMITAT	100%	100%	DA		
9	Analize de laborator	DA	NEUMITAT	100%	100%	DA		
10	Investigații	DA	NEUMITAT	100%	100%	DA		
11	Tratamente	DA	NEUMITAT	100%	100%	DA		
12	A doua opinie medicală	DA	NEUMITAT	100%				
13	Telemedicină	DA	NEUMITAT	100%	-			
14	Servicii medicale de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, în limita minimă a 1.000 lei/an/asigurat.	DA	1000 lei	100%	100%	DA		

Anexa nr. 2

Lista serviciilor medicale/prestatii medicale suplimentare de interes pentru AACR

Nr crt	Denumirea serviciilor medicale/prestatii medicale suplimentare	Ofertat	Neofertat	Obs.
1	Spitalizare de zi n ambulatoriu	DA		Nelimitat ca suma asigurata
2	Contravaloarea serviciilor medicale timpul spitalizarii de zi n ambulatoriu (proceduri de mica chirurgie)	DA		Nelimitat ca suma asigurata
3	Dispozitive medicale utilizate sau recomandate cadrul spitalizarii de zi		NU	
4	Servicii medicale stomatologice cu discount gratuitati	DA		CONFORM LISTA BENEFICIILOR SUPPLEMENTARE

Handwritten signature: Hucsa nr. 3

Formular nr. 2

OPERATORUL ECONOMIC
Allianz Tiriac Asigurari SA
(denumirea/numele)

FORMULAR DE OFERTĂ

Către **Autoritatea Aeronautică Civilă Română**
Adresa: Șos. București Ploiești, nr.38-40, sector 1,

Examinând documentația de atribuire, subscrisa **SC Allianz Tiriac Asigurari SA**, ne oferim ca, în conformitate cu prevederile și cerințele cuprinse în documentația de atribuire, să prestăm Servicii de asigurare voluntară de sănătate pentru personalul A.A.C.R., cod CPV 66512210, pentru o valoare a contractului de **362400 lei (treisute saizeci si doi mii patrusute lei)**, la care se adaugă taxa pe valoarea adăugată în valoare de 0 lei (zero lei) .

1. Ne angajăm să menținem aceasta ofertă valabilă pentru o durată de 90 zile (nouazeci de zile) zile, respectiv până la data de 03.11.2025, și ea va rămâne obligatorie pentru noi și poate fi acceptată oricând înainte de expirarea perioadei de valabilitate.
2. Până la încheierea și semnarea contractului, această ofertă, împreună cu comunicarea transmisă de dvs., prin care oferta noastră este stabilită câștigătoare, vor constitui un contract angajant între noi.
3. Înțelegem că nu sunteți obligați să acceptați oferta cu cel mai scăzut preț sau orice altă ofertă pe care o puteți primi.

Data completării 05.08.2025

Anexă la Formularul nr. 2

1. Valoarea sumei asigurate/an/asigurat cea mai mare pentru serviciile medicale în ambulatoriu, conform mențiunilor cap.8 lit. A) pct. a) - d) din caietul de sarcini
2. Valoarea sumei asigurate pentru servicii medicale suplimentare de balneofizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie, masaj, conform mențiunilor cap. 8 lit. C) pct. 1 din caietul de sarcini
3. Valoarea sumei asigurate pentru servicii medicale suplimentare conform mențiunilor cap. 8 lit. D) pct. 1 - 4 din caietul de sarcini.

Condiții privind asigurarea de sănătate de grup SanaPlan

INTRODUCERE

1. Asigurarea de sănătate SanaPlan este un produs destinat în exclusivitate persoanelor juridice și asimilate acestora, care doresc să încheie un astfel de contract pentru un grup de persoane, în calitate de Contractanți.

2. În spiritul celor de mai sus, Allianz-Tiriac Asigurări S.A. asigură persoane fizice pentru riscurile expres prevăzute în poliță și în condițiile de asigurare.

3. Condițiile de asigurare, oferta de asigurare, Tabelul de beneficii împreună cu toate documentele semnate de către Contractant și/sau Asigurat/Asigurat dependent la solicitarea Asiguratorului, precum și toate documentele emise de Asigurator în legătură cu prezenta asigurare, sunt parte integrantă a contractului de asigurare.

DEFINIȚII

4. În cuprinsul prezentelor condiții, se adoptă următoarele definiții:

A doua opinie medicală: serviciu oferit de Asigurator prin intermediul unor parteneri medicali specializați în scopul confirmării/evaluării unui diagnostic sau al unui tratament complex.

Accident: orice eveniment subit, violent, care cauzează vătămări corporale produse ca urmare a acțiunii unor factori externi și care apare independent de voința Asiguratului/Asiguratului dependent. În sensul prezentelor condiții se acoperă serviciile medicale justificate din punct de vedere medical, accesate într-un termen maxim de 180 de zile de la data producerii accidentului.

Accident de muncă: accidentul care are loc în timpul procesului de muncă sau în timpul îndeplinirii îndatoririlor de serviciu.

Accident rutier: accidentul produs pe un drum deschis circulației publice în care a fost implicat cel puțin un vehicul în mișcare, înregistrat conform legislației în vigoare în România.

Acoperire unitară: situația în care Asiguratul/Asiguratul dependent beneficiază de protecția aferentă unui contract de asigurare de sănătate de grup, astfel:

- neîntrerupt, prin derularea unui contract sau unor contracte succesive cu Asiguratorul;
- prin confirmarea scrisă a Asiguratorului privind caracterul unitar al acoperirii, înaintea începerii unei noi derulări contractuale:
 - după o întrerupere în acoperirea riscului prin derularea unui sau mai multor contracte cu Asiguratorul sau
 - succesiv altele avute cu un asigurator diferit.

Act de terorism: Orice act care:

- implică – fără a se limita la – utilizarea forței, violenței sau amenințarea oricărei persoane sau grupuri de persoane;
- este întreprins de persoane care acționează individual, în numele sau în legătură cu organizații sau guverne;
- reprezintă
 - o acțiune săvârșită în scop politic, religios, ideologic sau similar sau
 - intenția de a influența orice guvern și/sau de a induce panică și intimidare în rândul populației, creându-se o stare de teroare sau care:

- presupune utilizarea oricărui material, dispozitiv sau armă de natură biologică, chimică, radioactivă sau nucleară.

Afecțiune acută: afecțiune/boală instalată brusc sau cu un debut de maxim 90 zile, care în urma unui tratament adecvat, pe termen scurt, conduce la recăpătarea stării de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

Afecțiune/ vătămare/ condiție medicală preexistentă: orice leziune, boală sau consecințele acestora, precum și orice manifestare patologică sau de natură medicală rezultată în urma unei boli sau a unui accident survenite anterior celei mai recente date de la care Asiguratul/Asiguratul dependent deține o acoperire unitară pentru același tip de plan de asigurare, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu și pentru care Asiguratul/Asiguratul dependent:

- a) a fost diagnosticat, sau
- b) a solicitat, a primit sau a urmat tratament sau servicii medicale, sau
- c) știa de existența acesteia, sau
- d) a prezentat semne/ simptome/ manifestări obiective ce au fost consemnate în documente medicale eliberate de un medic sau unitate medicală.

Ambulatoriu: servicii medicale prestate de o instituție medico-sanitară Asiguratului/Asiguratului dependent în scopul diagnosticării și tratării leziunilor și/sau vătămarilor corporale, apărute ca urmare a unui lent sau a unei boli, fără a fi necesară întemarea peste noapte. În cazul prezentelor condiții, spitalizările scurte de zi, sunt asimilate serviciilor furnizate în regim ambulatoriu conform Tabelului de beneficii.

Asigurat: persoana fizică a cărei stare de sănătate este asigurată prin prezentul contract de asigurare.

Asigurat dependent: persoana fizică a cărei stare de sănătate este asigurată prin prezentul contract de asigurare și care este soțul/soția sau copilul Asiguratului sau o altă persoană aflată în orice relație cu Asiguratul, acceptată de Asigurator și având aceleași obligații menționate în condițiile de asigurare ca Asiguratul.

Asigurator: Allianz-Tiriac Asigurări S.A., numărul de ordine în Registrul asiguratorilor, reasiguratorilor și intermediarilor în asigurări RA-017.

Boală: orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism, sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de un medic conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice.

Boală cronică: afecțiune medicală care are cel puțin una din următoarele caracteristici:

- a) este expresia unor modificări fiziopatologice și/sau anatomicopatologice ireversibile;
- b) manifestările clinice și/sau paraclinice au debutat de mai mult de 90 de zile;
- c) este incurabilă, deși manifestările clinice și/sau paraclinice pot fi absente pe perioade variabile;
- d) evoluția este progresivă cu sau fără tratament;
- e) evoluția este regresivă, dar există potențial permanent de recădere/recidivă/ agravare/ complicații;
- f) necesită supraveghere medicală și/sau intervenție terapeutică constantă.

Categorie: un subgrup de Asigurați, omogen din punct de vedere al planurilor și beneficiilor, care sunt acoperiți prin contractul de asigurare.

Certificat: înscrisul constatator al încheierii contractului de asigurare emis de Asigurator pentru Asigurat/Asigurat dependent.

Consultație: interviul clinic și examinarea medicală efectuate de medicul specialist în cabinetul de specialitate sau în secția clinică a unui spital.

Contractant: persoana juridică care încheie contractul de asigurare cu Asiguratorul, plătește prima de asigurare și care, în această calitate, are drepturile și obligațiile specificate în condițiile de asigurare.

Control anual preventiv: pachet de servicii medicale efectuate o singură dată pe an de asigurare, la solicitarea Asiguratului/Asiguratului dependent, în vederea detectării timpurii a oricărei simptome patologice care

ar putea indica prezența riscului asigurat. Descrierea pachetului este inclusă în Tabelul de beneficii.

Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare: data înscrisă în poliță la care începe răspunderea Asiguratorului.

Data de încetare a contractului de asigurare: data înscrisă în poliță la care contractul de asigurare expiră.

Data de reziliere a contractului de asigurare: data începând de la care răspunderea Asiguratorului pentru riscurile survenite ulterior încetează.

Datorii în baza contractului de asigurare: prime de asigurare neplătite la scadență, taxe și alte costuri neachitate, datorate Asiguratorului conform condițiilor de asigurare.

Decontare directă: modalitatea de plată utilizată de Asigurator pentru achitarea către Furnizorul de servicii medicale din rețeaua partenerilor medicali a serviciilor medicale acoperite prin contractul de asigurare, după ce acestea au fost prestate Asiguratului/ Asiguratului dependent.

Diagnosticare: procesul de identificare a unei boli sau vătămări corporale în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice.

Forță majoră: în sensul prezentului contract, termenul forță majoră înseamnă un eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil, independent de orice control al părții implicate și care generează imposibilitatea temporară sau definitivă de executare parțială ori totală a obligațiilor și care constituie sau este de natura unui sau mai multora dintre evenimentele care urmează: catastrofe naturale, incendii, inundații, explozii, fulgere, tornade, cutremure, alunecări de teren, epidemii, război, război civil, blocaje, insurecții, sabotaj, acte de terorism, tulburări civile, stare de necesitate, stare de urgență.

Franșiză/ Coplată: costuri totale sau parțiale exprimate procentual sau valoric sau servicii medicale menționate în contractul de asigurare care nu sunt decontate de Asigurator, ci sunt suportate financiar de către Asiguratul/ Asiguratul dependent la accesarea beneficiilor asigurării și care sunt menționate în Tabelul de beneficii.

Furnizor de servicii medicale: persoana fizică sau juridică a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății din România pentru a presta servicii medicale, în conformitate cu legislația română în vigoare.

Grup: asociere de persoane fizice constituită în alt scop decât cel al încheierii și deținerii unui contract de asigurare de grup.

Indemnizație de asigurare: sumă de bani plătită Asiguratului/ Asiguratului dependent de către Asigurator în cazul producerii unui risc asigurat prin contractul de asigurare.

Intermediar: reprezentant de vânzări, persoană fizică sau juridică, autorizat să desfășoare activitatea de intermediere de asigurări conform reglementărilor legale în vigoare, care, în baza unui contract de mandat cu Asiguratorul, poate încheia contractul de asigurare.

Intervenție chirurgicală: procedura chirurgicală clasică efectuată în scop terapeutic de un medic chirurg la recomandarea unui medic specialist care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- este practică conform standardelor și normelor medicale recunoscute, de către un medic chirurg sau echipă operatorie de specialitate, în prezența unui medic A.T.I., în secția de chirurgie a unui spital;
- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii sau proceduri/ tehnici echivalente, având drept scop primar îndepărtarea procesului patologic;
- presupune spitalizarea persoanei care suferă intervenția chirurgicală;

Sunt considerate intervenții chirurgicale și alte proceduri chirurgicale, dacă îndeplinesc următoarele criterii:

- constituie soluția optimă recomandată de medicul specialist pentru îndepărtarea procesului patologic;
- prezintă avantajul unei durate scăzute a perioadei de spitalizare;
- sunt caracterizate printr-o perioadă de recuperare mai redusă și printr-un număr mai redus de complicații;
- au un caracter invaziv mai scăzut în comparație cu procedurile chirurgicale clasice, fiind mai puțin traumatizante din punct de vedere al durerii resimțite de pacient și al complicațiilor postoperatorii.

Intervenții chirurgicale în ambulatoriu: intervenții chirurgicale efectuate la recomandarea și sub supravegherea medicului specialist care nu necesită spitalizare.

Limita de acoperire: suma maximă/ numărul maxim de servicii medicale pentru care Asiguratorul plătește indemnizație de asigurare/ rambursează costuri sau face decontare directă pentru servicii medicale în cazul producerii unui risc asigurat.

Medic: persoana cu pregătire medicală superioară de specialitate care deține drept de liberă practică în România.

Medicină complementară/ alternativă: proceduri de îngrijire a sănătății, care nu sunt incluse în sistemul principal de furnizare a serviciilor medicale de sănătate, dar sunt folosite ca terapii adjuvante sau de înlocuire a procedurilor terapeutice clasice. Domeniul include proceduri terapeutice naturiste, biologice, de nutriție, manuale, bioelectromagnetice și energetice, de exemplu: apiterapie, aroma terapie, acupunctură, homeopatie, presopunctură, reflexoterapie, medicină tradițională chinezească etc.

Moneda contractului de asigurare: moneda în care sunt exprimate valorile limitelor de acoperire, prima de asigurare și indemnizațiile de asigurare.

Necesitate medicală: un serviciu medical adecvat pentru diagnosticarea sau tratarea unei afecțiuni medicale sau leziuni posttraumatice. Pentru a putea fi considerat necesitate medicală, un serviciu medical trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

- să corespundă practicilor și standardelor profesionale medicale general acceptate;
- motivul alegerii serviciului respectiv să nu fie reprezentat exclusiv de nevoia de confort a pacientului sau a personalului medical;
- eficiența să fie dovedită și recunoscută în condițiile respectării indicațiilor medicale;
- serviciul să fie efectuat de un Furnizor de servicii medicale;
- durata să corespundă indicației medicale, în funcție de evoluția stării de sănătate.

Oferta de asigurare: document furnizat de către Asigurator Contractantului pe baza opțiunilor acestuia din urmă, cuprinzând informațiile necesare pentru încheierea contractului de asigurare.

Perioada de valabilitate a contractului de asigurare: perioada de timp dintre data de intrare în vigoare și data de încetare și/ sau reziliere în care contractul de asigurare este în vigoare.

Perioadă de așteptare: perioada continuă de timp în care Asiguratul nu acoperă pentru un Asigurat/ Asiguratul dependent un anumit beneficiu începând cu cea mai recentă dată de la care a început o acoperire unitară a acestuia. Durata perioadei de așteptare (dacă există) este menționată în ofertă și în Tabelul de beneficii.

Plan de asigurare: o categorie de beneficii (Ambulatoriu, Spitalizare sau Stomatologie) prevăzută în contractul de asigurare de sănătate de grup și menționată în Tabelul de beneficii, pentru care este datorată o primă de asigurare.

Poliță: documentul care confirmă încheierea contractului de asigurare.

Prima de asigurare: suma de bani datorată de Contractant Asiguratorului, compusă din suma primelor individuale pentru planurile de asigurare incluse în contractul de asigurare și specificate în Tabelul de Beneficii.

Proceduri de subscriere: totalitatea normelor și reglementărilor stabilite de către Asigurator pe care Contractantul/ Asiguratul/ Asiguratul dependent trebuie să le parcurgă în scopul evaluării, cuantificării și clasificării riscurilor preluate de către Asigurator prin contractul de asigurare, în vederea prelucrării/ modificării riscului.

Puseu acut al unei boli cronice și/ sau al unei afecțiuni preexistente: agravarea bruscă a simptomatologiei unei boli cronice sau a unei afecțiuni preexistente sau apariția unor semne/ simptome severe noi, care impun în maxim 90 de zile intervenția medicală în scopul prevenirii leziunilor organice/ decompensărilor funcționale ireversibile.

Rambursare costuri servicii medicale: modalitatea de decontare utilizată de Asigurator pentru plata, totală sau parțială, către Asigurat a costurilor serviciilor medicale achitate direct de acesta și acoperite prin

contractul de asigurare, după ce acestea au fost prestate Asiguratului/ Asiguratului dependent de către instituții medicale autorizate din România.

Regularizare: reprezintă recalcularea periodică a primei de asigurare la nivelul contractului de asigurare în funcție de fluctuațiile în ceea ce privește numărul, structura pe vârste și categorii a membrilor grupului, ca urmare a intrărilor și ieșirilor asiguraților din grup.

Rețeaua de parteneri medicali: lista furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contracte de prestări servicii medicale cu Asiguratorul. Lista partenerilor medicali agreeți se actualizează permanent și este disponibilă pe pagina de internet a Asiguratorului www.allianztiriac.ro

Scadență de plată: dată precizată în poliță la care Contractantul datorează o primă de asigurare.

Servicii medicale: consultații medicale, tratamente, intervenții chirurgicale, proceduri sau investigații medicale prestate/ efectuate de către personal medical de specialitate autorizat dintr-o instituție sanitară publică sau privată, autorizată de autoritățile naționale competente, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România sau țările unde contractul de asigurare oferă acoperire.

Servicii adiționale: servicii de asistență și suport ce pot fi incluse suplimentar în beneficiile asigurării, având ca obiectiv creșterea gradului de protecție și confort oferit Asiguratului/ Asiguratului dependent cum ar fi, fără a ne limita la: servicii de asistență telefonică și e-mail dedicate, servicii de consultanță și sfaturi medicale la distanță furnizate prin intermediul tehnologiei, servicii de programare la consultații, acces la aplicația Allianz-Tiriac etc.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate: sistem de ocrotire a sănătății populației din România reglementat prin lege.

Spital: furnizor autorizat de servicii medicale (instituție medicală publică sau privată) care îndeplinește cumulativ condițiile prevăzute de lege pentru acordarea de îngrijiri medicale, inclusiv în regim de internare.

Spitalizare: perioadă continuă de internare într-un spital ce include cel puțin o noapte de cazare, recomandată de un medic în scopul diagnosticării și tratării afecțiunilor și/ sau vătămărilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli.

Tabel de beneficii: reprezintă lista detaliată a beneficiilor, a serviciilor medicale și adiționale incluse în contractul de asigurare ca urmare a opțiunii Contractantului pentru fiecare categorie. Tabelul de beneficii aferent fiecărei categorii este parte integrantă din contractul de asigurare.

Telemedicină: servicii furnizate de la distanță prin intermediul tehnologiei precum consultație telefonică și/ sau video, ce poate include suplimentar intervențiului și schimbul de documente între medic și pacient (asigurați) în vederea diagnosticării și tratării unei afecțiuni.

Tratament: serviciu medical necesar în vederea vindecării sau ameliorării unei boli sau a unei vătămări corporale. În sensul prezentelor condiții, tratamentul nu include intervențiile chirurgicale.

Tratament sau procedură 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
- b) deși îndeplinesc criteriile impuse de legislație, nu s-a început promovarea lor sau
- c) sunt certificate de către autoritatea medicală națională drept tratamente sau proceduri experimentale sau
- d) toate protocoalele existente, specifice tratamentelor sau procedurilor respective, recunosc încadrarea acestora la stadiul experimental.

Urgență medicală: o vătămare sau o afecțiune ce presupune un risc imediat pentru viața persoanei sau afectează sănătatea acesteia și care necesită îngrijiri medicale imediate, conform legislației în vigoare.

Urgență medicală stomatologică: o stare medicală de cauză dentară care implică leziuni ale elementelor componente ale cavității bucale: dinți, gingia, buzele, obraji sau limba, cu simptomatologie ce include durerea (durerea acută a dinților și maxilarelor, durere acută la mastică, la cald sau rece, durere ce se extinde spre urechi sau gât), sângerări în cavitatea

bucală (hemoragii post extraționale, traumatisme dento-alveolare), fracturi dentare sau leziuni ale limbii sau buzelor de cauze dentare, infecții.

Zi de spitalizare: se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică indiferent de ora internării și externării Asiguratului/ Asiguratului dependent, dacă face parte dintr-un episod de internare continuă cu cel puțin o noapte de cazare într-un spital.

ÎNCEPUTUL RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

5. Răspunderea Asiguratorului pentru fiecare Asigurați/ Asigurat dependent începe la data la care se confirmă dobândirea calității de Asigurați/ Asigurat dependent ca urmare a finalizării procedurilor de subscriere și a achitării primei de asigurare, dar nu mai devreme de ora 0:00 a zilei de intrare în valabilitate menționată în poliță/ certificat

ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

6. Contractul de asigurare se încheie pe o perioadă de un an.

7. Moneda contractului de asigurare este leul românesc (RON).

8. Asiguratorul poate accepta calitatea de Asigurat pentru un membru al grupului dacă, la data solicitării de preluare în asigurare, acesta îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) are vârsta între 16 - 64 ani. Se consideră vârsta în ani împliniți;
- b) prestează activități în beneficiul Contractantului în baza unui contract de muncă, mandat sau de prestări servicii ori este asociat/ acționar al Contractantului ori desfășoară alte activități de natura celor ce formează obiectul de activitate al Contractantului (ex. în calitate de membru al unei asociații non-profit, fundație, asociație, sindicat etc.) și nu se află în incapacitate temporară de muncă;

- c) este desemnat de Contractant prin nominalizare și identificare prin nume, prenume, CNP. Conform modului de desemnare, Contractantul acceptă dreptul Asiguratorului de a iniția, în funcție de planurile de asigurare solicitate și de procentul de cuprindere în asigurare a grupului, parcurgerea procedurilor sale de subscriere a riscurilor în vederea stabilirii eligibilității pentru calitatea de Asigurat;

9. Contractantul poate solicita includerea în asigurare a unuia sau mai multor Asigurați dependenți. Asigurați dependenți pot fi incluși în asigurare la aceeași dată cu Asiguratul de care depind, conform specificațiilor din prezentele condiții de asigurare, dacă Asiguratorul nu decide altfel.

10. Vârsta Asiguratului dependent la data emiterii poliței trebuie să fie între 0 - 64 ani. În sensul prezentelor condiții de asigurare se ia în calcul vârsta în ani împliniți la data includerii în asigurare.

11. Contractul de asigurare se încheie în baza ofertei de asigurare acceptată și confirmată prin semnătură de către Contractant și a listei cu persoanele asigurate trimisă de acesta, documente ce reprezintă părți integrante ale contractului de asigurare.

12. Contractul de asigurare se consideră încheiat prin emiterea de către Asigurator a poliței de asigurare și plata primei de asigurare inițială de către Contractant.

RISCURILE ASIGURATE

13. Asiguratorul acoperă riscurile de îmbolnăvire (boală) și accidente ale Asiguratului/ Asiguratului dependent întâmplătoare în perioada de valabilitate a contractului de asigurare. În legătură cu producerea acestor riscuri, Asiguratorul preia costul serviciilor medicale și adiționale aferente beneficiilor indicate în documentele contractuale, după trecerea perioadei de așteptare (dacă există) și efectuate în perioada de valabilitate sau în maximum 30 de zile de la data de încetare a contractului de asigurare, dacă acoperirea pentru Asigurați/ Asigurat dependent nu este reînnoită printr-un nou contract cu Asiguratorul pentru riscurile întâmplătoare în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

14. Modalitățile de preluare de către Asigurator a costurilor serviciilor medicale sunt următoarele:

- a) În baza planului Ambulatoriu, Asiguratorul efectuează decontare directă sau rambursează costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului/ Asiguratului dependent în conformitate cu Tabelul de beneficii aferent planului Ambulatoriu.

- b) În baza planului Spitalizare, Asigurătorul efectuează decontare directă, oferă indemnizații de asigurare sau rambursează costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului/ Asiguratului dependent în conformitate cu Tabelul de beneficii aferent planului Spitalizare.
- c) În baza planului Stomatologie, Asigurătorul efectuează decontare directă sau rambursează costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului/ Asiguratului dependent în conformitate cu Tabelul de beneficii aferent planului Stomatologie.

SUBSCRIEREA RISCOLUI

15. Asigurătorul își rezervă dreptul de a efectua evaluări conform procedurilor sale de subscriere, înainte de preluarea/ reactivarea/ majorarea unui risc sau ori de câte ori expunerea Asiguratului la riscurile acoperite s-a modificat din punct de vedere ocupațional, rezidențial, al stilului de viață sau al interesului asigurabil.

16. După finalizarea procedurilor de subscriere, Asigurătorul poate decide preluarea/ re-confirmarea/ reactivarea/ majorarea acoperirii riscurilor, după cum urmează:

- a) în condițiile solicitate;
- b) în alte condiții decât cele solicitate;
- c) refuzul acestora;
- d) amânarea deciziei.

LIMITA TERITORIALĂ

17. Contractul de asigurare este valabil pentru serviciile medicale, serviciile de spitalizare și intervenții chirurgicale accesate pe teritoriul României, dacă în Tabelul de beneficii nu este prevăzut altfel.

LIMITE DE ACOPERIRE

18. Limitele de acoperire sunt menționate în Tabelul de beneficii aferent fiecărei categorii.

EXCLUDERI

19. Asigurătorul nu acoperă riscul cauzat direct sau indirect de:

- a) evenimente de război (indiferent dacă a fost declarat sau nu), ale invaziei sau acțiunii unui dușman extern, ale războiului civil, revoluției, insurecției, dictaturii militare, conspirației, urmările actelor de terorism, 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;
- b) contaminarea radioactivă, acțiunea armelor chimice sau biologice;
- c) boli sau accidente pe care Asiguratul/ Asiguratul dependent și le-a provocat intenționat, încercarea de sinucidere sau de automutilare a Asiguratului/ Asiguratului dependent chiar dacă acesta s-a aflat în o situație în care i-a fost afectat discernământul;
- d) starea de ebrietate, efilismul cronic, consumul de medicamente sau droguri cu excepția medicamentelor prescrise de către un medic și administrate conform prescripției acestuia;
- e) otrăvirea sau intoxicația cauzată de ingerarea sau inhalarea de substanțe solide, lichide sau gazoase cu excepția situației în care acestea au fost generate de un accident;
- f) evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/pandemii declarate în mod oficial de către Autoritatea abilitată;
- g) desfășurarea unor activități periculoase precum: forțe armate (servicii speciale, activități cu dispozitive explozibile, aviație militară, navigație militară, pompieri militari), aviație (aviație utilitară, piloți de testare, piloți pentru platformele de combustibil), scafandri care folosesc explozibili, forțe speciale ale poliției, servicii de securitate personală, alpinism utilitar, activități de exploatare minieră (în subteran), de instalații pentru combustibili, activități pe platforme de petrol și gaze, activități în industria substanțelor explozibile;
- h) practicarea la nivel profesionist a oricărui sport, atât în timpul antrenamentelor, cât și al competițiilor; practicarea la nivel de amator sau profesionist a unor activități sau hobby-uri considerate periculoase cum ar fi, dar fără a se limita la: alpinism, escaladă, arte marțiale, curse de vehicule motorizate, rugby, activități de aviație și navigație nedestinate transportului autorizat de persoane, K1, lupte de

corp, box, parașutism, planorism, zbor cu parapantă, deltaplanorism, sărituri cu schiurile, bungee-jumping, speologie, surfing, curse de călărie, rodeo, curse auto, circuite pentru motocicliști, rafting, scufundări libere la mare adâncime sau sub strat de gheață;

- i) participarea Asiguratului/ Asiguratului dependent la misiuni militare cu profil operativ sau de instruire (inclusiv misiuni de menținere a păcii);
 - j) participarea activă a Asiguratului/ Asiguratului dependent la acte de terorism sau tulburări interne (revolte, tulburări sociale, revoluții), de partea celor care le-au generat;
 - k) săvârșirea cu intenție de către Asiguratul/ Asiguratul dependent a unei fapte incriminate ca infracțiune de legea statului în care s-a produs fapta (constatăată printr-un act judiciar emis de autoritatea competentă din statul unde s-a săvârșit fapta), dacă aceasta este incriminată de legea română.
20. De asemenea, dacă nu se specifică altfel în Tabelul de beneficii, Asiguratul nu acoperă serviciile medicale și spitalizarea în legătură cu:
- a) boli cronice sau afecțiuni/ condiții medicale preexistente;
 - b) monitorizarea sarcinii, starea de graviditate, nașterea copilului, precum și complicațiile apărute în evoluția sarcinii sau după naștere. Această excludere nu se aplică în cazul serviciilor necesare primei diagnosticări/ confirmări a sarcinii și a serviciilor medicale de urgență necesare stabilizării condiției medicale pentru următoarele complicații: sarcină ectopică, diabet gestațional, pre-eclampsie, eclampsie, sarcină oprită în evoluție și avort spontan;
 - c) disfuncțiile sexuale, infertilitate, sterilitate, pre-concepție, inseminarea artificială, fertilizarea in-vitro sau transferul embrionului, avortul provocat, circumcizia la cerere, intențiile de schimbare a sexului, frigiditate și/ sau impotență, orice fel de tulburări de identitate sexuală;
 - d) proceduri medicale cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
 - e) diagnosticarea greșită sau tratamentul greșit acordat de un cadru medical (culpă medicală certificată);
 - f) afecțiuni și complicații ale acestora apărute ca urmare a faptului că Asiguratul/ Asiguratul dependent ignoră, nu respectă sau acționează împotriva indicațiilor și recomandărilor medicului care îl tratează;
 - g) 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 psihologică nu este validă). De asemenea, sunt excluse tratamentele, serviciile medicale și/ sau spitalizarea efectuate cu scopul scăderii în greutate;
 - h) infecția cu HIV/ SIDA, precum și consecințele acestora;
 - i) anomalii congenitale sau complicațiile/ bolile implicate de anomalii congenitale, indiferent dacă Asiguratul/ Asiguratul dependent avea sau nu cunoștință de existența acestora;
 - j) transplantul, achiziția de organe în vederea transplantului, inclusiv cheltuieli efectuate în vederea căutării donatorilor de organe;
 - k) verificări medicale de rutină, profilaxia, precum și orice tip de vaccinare, cu excepția celor necesare în scop curativ (antitetanos și antirabic);
 - l) emiterea unor certificate, rapoarte, precum și eliberarea oricărui tip de document care nu are ca scop diagnosticul și tratamentul unei afecțiuni (ex. certificate prenupțiale, fișă medicală necesară obținerii permisului de conducere, aviz epidemiologic, aviz de port-armă etc.);
 - m) afecțiunile logopedice;
 - n) tratamentul de recuperare în spitale, sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare; cure de dezaolcoolizare sau de dezințoxicare; reabilitare, recuperare medicală, fizioterapie și geriatrie;
 - o) afecțiunile psihice și orice alte tulburări mentale ale Asiguratului;
 - p) probleme stomatologice, chirurgie dentară, inclusiv cheltuieli medicale cu aparatul dentar, proteze dentare, dinți artificiali, punți și/ sau coroane dentare etc.;
 - q) analize de genetică umană, studiile de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic.

21. De asemenea, dacă nu se specifică altfel în Tabelul de beneficii, Asiguratul nu acoperă:

- a) cheltuieli efectuate pentru achiziționarea medicamentelor sau a dispozitivelor medicale și a materialelor sanitare, la recomandarea medicului sau în scop de automedicație;
- b) cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;
- c) cheltuieli efectuate pentru servicii de medicină complementară/ alternativă;
- d) serviciile medicale și spitalizarea efectuate pe baza recomandărilor/ biletelor de trimitere emise de către medici mai vechi de 90 de zile de la data emiterii acestora.

PRIME

22. Primele de asigurare se plătesc în moneda contractului de asigurare.

23. Primele de asigurare se plătesc pentru toți membrii grupului în același timp, conform termenului scadent menționat în documentului de plată emis de Asigurător.

24. Primele de asigurare sunt datorate la scadențele și în cuantumul menționate expres în poliță, iar Contractantul este exclusiv răspunzător de plata acestora precum și de respectarea regulilor și indicațiilor de plată stabilite de Asigurător precum: contul bancar, moneda, indicații referitoare la destinația plății etc. La momentul plății, Contractantul are obligația de a solicita/ obține și de a păstra dovada plății primei de asigurare (chitanță, factură, ordin de plată etc.). Prima de asigurare inițială trebuie plătită înainte de intrarea în vigoare a contractului de asigurare.

25. Plata primelor de asigurare se poate efectua prin orice modalitate acceptată de Asigurător. În cazul plăților prin debit direct, Asigurătorul va transmite detaliile de interogare a contului bancar al Contractantului înainte de scadența de plată a primei de asigurare. În cazul plăților prin transfer bancar, Contractantul este obligat să plătească în contul și la banca specificate de către Asigurător în cea mai recentă corespondență.

26. Contractantul suportă toate taxele și comisioanele bancare referitoare la plata primelor de asigurare și a altor sume datorate Asigurătorului.

27. Prima de asigurare poate fi plătită anticipat și integral pentru întreaga perioadă asigurată menționată în poliță sau eșalonat la scadențele menționate expres în poliță și în cuantumul specificat de Asigurător.

28. Neachitarea unei prime de asigurare până la data scadenței are drept consecință rezilierea contractului de asigurare deplin drept, fără punere în întârziere și fără altă formalitate prealabilă. În acest caz, Asigurătorul are dreptul de a recupera de la Contractant contravaloarea serviciilor medicale prestate Asiguratului/ Asiguratului dependent după data scadenței aferente primei de asigurare neachitate și pentru care Asigurătorul are obligații de plată față de Furnizorul de servicii medicale. În cazul în care prima de asigurare nu se achită la scadență, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizațiilor și/ sau rambursarea costurilor cu serviciile medicale pe perioada între data scadenței și data plății primei de asigurare.

29. În cazul în care, ca urmare a evaluării riscului, Asigurătorul refuză acoperirea riscurilor solicitate și prin aceasta refuză încheierea contractului de asigurare sau potențialul Contractant nu acceptă condițiile Asigurătorului, prima de asigurare inițială va fi restituită Contractantului fără a fi purtătoare de dobândă. În acest caz prima de asigurare se restituie Contractantului în moneda și în cuantumul în care aceasta a fost plătită.

30. Sumele care urmează a fi restituite Contractantului, altele decât cele specificate mai sus, se vor plăti în moneda contractului de asigurare într-un cont bancar al Contractantului, specificat în scris de către acesta și deschis la o bancă de pe teritoriul României sau prin orice altă modalitate de plată agreeată de către Asigurător.

DREPTURILE CONTRACTANTULUI

31. Asigurătorul oferă Contractantului următoarele drepturi:

- dreptul de modificare a numărului de Asigurați/ Asigurați dependenți;
- menținerea în asigurare pe perioada întreruperii activității a Asiguraților, conform precizărilor detaliate în prezentele condiții.

MODIFICAREA NUMĂRULUI DE ASIGURAȚI

32. Contractantul are dreptul să includă sau să excludă o dată pe lună Asigurați împreună cu Asigurați lor dependenți (dacă este cazul) în/ din asigurare, așa cum se specifică în prezentele condiții de asigurare, informând Asigurătorul și comunicându-i lista nominală cu Asigurați/ Asigurați dependenți.

33. Acoperirea pentru respectivele persoane intră în vigoare după transmiterea de către Asigurător, în scris, a confirmării de preluare în asigurare către Contractant.

34. În cazul modificării numărului de asigurați, prima de asigurare se calculează pro-rata în funcție de numărul de luni pentru care se face regularizarea, în proporție de 1/12 din prima anuală. Contractantul este obligat să plătească suma rezultată în plus ca urmare a regularizării de primă în maxim 10 zile calendaristice de la data la care aceasta îi este comunicată. În caz contrar, se va considera că Asigurații/ Asigurații dependenți nou introduși nu sunt acoperiți prin contractul de asigurare.

În cazul în care prima de asigurare plătită la scadența imediat anterioară este mai mare decât prima de asigurare datorată de către Contractant, diferența de primă se deduce din următoarea primă de asigurare scadentă. Dacă nu mai există nici o primă scadentă, diferența se restituie Contractantului la expirarea sau rezilierea contractului de asigurare. Fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă.

MENȚINEREA ÎN ASIGURARE PE PERIOADA ÎNTRERUPERII ACTIVITĂȚII ASIGURAȚILOR

35. Asigurătorul acceptă menținerea în asigurare pe perioada de întrerupere a activității Asiguraților cu condiția plății continue a primelor de asigurare (inclusiv pe perioada întreruperii activității) în următoarele cazuri de întrerupere temporară a activității normale la locul de muncă pe perioada de denulare a contractului de asigurare:

- a) concediu de odihnă;
- b) concediu fără plată (pentru studii sau conform prevederilor contractului colectiv de muncă);
- c) concediu de maternitate (prenatal sau postnatal);
- d) concediu de îngrijire a copilului.

OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI ȘI ASIGURATULUI

36. Contractantul/ Asiguratul/ Asiguratul dependent sunt obligați:

- a) să dea răspunsuri corecte și complete în documentele întocmite la încheierea contractului de asigurare sau solicitate ulterior de către Asigurător;
- b) să avizeze în scris Asigurătorul, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea unui risc asigurat dacă a beneficiat de servicii medicale și/ sau spitalizare în afara rețelei de parteneri medicali pentru care se plătesc indemnizații sau se rambursează costuri, indicând locul, data, ora, cauzele și împrejurările producerii riscului asigurat;
- c) să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător în termen de maxim 30 de zile calendaristice de la solicitarea acestora și să faciliteze eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. a) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul:

- 1. de a rezilia contractul de asigurare și de a refuza plata indemnizațiilor de asigurare și/ sau rambursarea costurilor cu serviciile medicale dacă informațiile și/ sau documentele care nu au fost furnizate Asigurătorului l-ar fi determinat pe acesta să nu încheie contractul de asigurare, ori
- 2. să ofere contractul de asigurare cu un alt nivel al primei de asigurare. Ajustarea primei de asigurare se efectuează pentru fiecare lună în proporție de 1/12 din prima anuală. În cazul în care Contractantul nu este de acord cu modificarea propusă, contractul de asigurare se reziliază cu efect de la data propunerii de modificare. În cazul rezilierii contractului de asigurare, Asigurătorul reține pentru perioada acoperită deja o primă de asigurare calculată pentru fiecare lună în proporție de 1/12 din prima anuală, iar diferența se restituie Contractantului, dacă înainte de reziliere nu au fost daune avizate și/ sau plătite. Fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. b) și c) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza și circumstanțele producerii riscului asigurat.

37. Asiguratul/Asiguratul dependent are obligația ca în cazul în care suferă un accident sau se îmbolnăvește să ceară și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru restabilirea stării de sănătate. Asigurătorul poate refuza plata indemnizațiilor și/sau rambursarea costurilor cu serviciile medicale în cazul în care constată că Asiguratul/Asiguratul dependent nu a cerut tratament medical, nu respectă indicațiile medicale sau prestează activități contraindicate în raport cu afecțiunea sau vătămarea suferită.

38. În cazul în care Asiguratul/Asiguratul dependent a beneficiat de servicii medicale pentru riscuri ce nu sunt acoperite de contractul de asigurare, acesta va fi ținut răspunzător pentru achitarea contravalorii serviciilor neacoperite de Asigurător către Furnizorul de servicii medicale în cel mai scurt timp. Această obligație este asumată conform prezentului contract, precum și conform declarației introduse în Raportul medical care urmează să fie semnat la efectuarea serviciului medical de către Asigurat/Asigurat dependent. În cazul ne-onorării/ne-asumării acestei obligații, Asiguratul va depune toate diligențele pentru recuperarea creanței, reprezentând contravaloarea serviciilor medicale prestate de către furnizorul de servicii medicale de la Asiguratul/Asiguratul dependent respectiv. Dacă, în termen de maxim 15 zile de la primirea notificării Asiguratului, Asiguratul/Asiguratul dependent nu a achitat contravaloarea serviciilor medicale neacoperite prin prezentul contract de asigurare, Asiguratul își rezervă dreptul de a sista acoperirea riscului și de a elimina Asiguratul/Asiguratul dependent din grupul asigurat până la stingerea creanței acestuia către furnizorul din rețeaua de parteneri medicali agreeți.

39. Contractantul este obligat

- a) să anunțe în scris Asiguratul cu privire la orice modificare a datelor sale de contact, precum și modificări privind datele personale și de contact ale Asiguratului/Asiguratului dependent;
- b) să pună la dispoziția Asiguratului/Asiguratului dependent toate informațiile referitoare la contractul de asigurare precum: condițiile de asigurare, Tabelul de beneficii și prima de asigurare corespunzătoare fiecărei categorii, eventuale modificări ale poliței care intervin pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- c) să înmâneze Asiguratului/Asiguratului dependent certificate individuale de asigurare în termen de 10 zile calendaristice de la data la care Contractantul le primește de la Asigurat.

AVIZAREA PRODUCERII RISCULUI

40. Avizarea unui risc acoperit se efectuează astfel:

- a) în cazul beneficiilor din cadrul planurilor de asigurare pentru care Asiguratul oferă decontare directă, avizarea se efectuează prin intermediul furnizorului de servicii medicale din rețeaua de parteneri medicali agreeți;
- b) în cazul beneficiilor din cadrul planurilor de asigurare pentru care Asiguratul oferă rambursare de costuri sau plăți de indemnizații, avizarea se efectuează după efectuarea cheltuielilor medicale de către Asigurat/Asigurat dependent prin furnizarea următoarelor documente în copie:
 1. cererea de despăgubire; aceasta este disponibilă pe pagina de internet a Asiguratului www.allianztiriac.ro
 2. actul de identitate;
 3. chitanțe fiscale pe baza cărora Asiguratul/Asiguratul dependent face dovada că a efectuat plata serviciilor medicale prestate de instituția medicală;
 4. documente medicale care atestă diagnosticul Asiguratului/Asiguratului dependent, serviciile medicale plătite de acesta pentru care s-au eliberat chitanțele fiscale; aceste documente trebuie să conțină detalii asupra investigațiilor efectuate, tratamentului aplicat și data la care acestea s-au efectuat;
 5. valabil doar pentru planul Spitalizare - bilet de ieșire din spital;

6. valabil doar pentru planul Stomatologie - planul de tratament elaborat de medicul dentist însoțit de o radiografie dentară panoramică;
7. valabil doar pentru planul Stomatologie - document constatator privind circumstanțele producerii accidentului de muncă sau rușter;
8. orice alt document solicitat de Asigurat necesar soluționării dosarului de daună.

c) pentru accesarea serviciului "A doua opinie medicală", Asiguratul/Asiguratul dependent va înregistra solicitarea de confirmare a unui diagnostic sau tratament complex în portalul dedicat acestui serviciu disponibil la secțiunea Daune din pagina de internet a Asiguratului www.allianztiriac.ro

41. Asiguratul își rezervă dreptul de a solicita o examinare suplimentară a stării de sănătate a Asiguratului/Asiguratului dependent în vederea stabilirii necesității medicale care a impus efectuarea respectivelor servicii medicale. Examinarea suplimentară va fi făcută de către medici agreeți de către Asigurat, caz în care costurile generate cu examinarea sunt suportate de către Asigurat.

42. În vederea stabilirii valorii indemnizațiilor de asigurare, Asiguratul este autorizat de Asigurat/Asigurat dependent să obțină toate informațiile cu caracter medical considerate necesare de la terțe persoane (medici, instituții sanitare, etc.) și să elibereze aceste persoane de obligația de a păstra secretul profesional cu privire la informațiile solicitate.

DECIZIA ASIGURĂTORULUI DUPĂ AVIZAREA RISCULUI

43. Dacă în legătură cu producerea unui risc asigurat împotriva Asiguratului a fost instituită o anchetă sau o procedură penală, Asiguratul are dreptul să amâne luarea unei decizii asupra încadrării evenimentului conform prezentelor condiții de asigurare, doar dacă ancheta sau procedura penală în cauză au legătură directă cu producerea riscului asigurat și cel mult până la finalizarea respectivelor acțiuni legale.

44. Orice piedică sau informație incompletă sau incorectă furnizată de către Asigurat/Contractant/terț mandatar al acestora care împiedică Asiguratul să determine cauzele producerii riscului asigurat, dă Asiguratului dreptul de a refuza plata indemnizației și/sau rambursarea costurilor cu servicii medicale către Asigurat sau decontarea directă către Furnizorul de servicii medicale din rețeaua de parteneri medicali.

45. Asiguratul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical.

OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

46. Asiguratul se obligă să:

- a) confirme eligibilitatea în termen de 2 zile lucrătoare de la data primirii tuturor documentelor și informațiilor solicitate în cazul avizării unor servicii medicale pentru care se oferă decontare directă;
- b) valideze conformitatea documentelor/informațiilor solicitate, să finalizeze toate investigațiile/verificările privind producerea riscului, a condițiilor de eligibilitate și a limitelor de acoperire deținute de Asigurat/Asigurat dependent și să transmită decizia sa în maxim 30 de zile de la data la care primesc toate documentele necesare evaluării dosarului de daună în cazul avizării unui risc pentru care se oferă rambursarea costurilor cu serviciile medicale și/sau se plătesc indemnizații de asigurare.

47. Dacă, pe baza documentelor/informațiilor solicitate Asiguratul decide că evenimentul survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare este risc acoperit conform condițiilor de asigurare, în termenul asumat pentru comunicarea deciziei sale, acesta va plăti Asiguratului/Asiguratului dependent indemnizația de asigurare, respectiv va rambursa costurile cu serviciile medicale sau va prelua costul serviciilor prin decontare directă către furnizorul de servicii medicale corespunzător valorii acestora, dar până la nivelul maxim al limitelor de acoperire menționate în Tabelul de beneficii corespunzător.

48. În funcție de planul/planurile alese și de furnizorul de servicii medicale, Asiguratul acoperă integral sau parțial costul serviciilor medicale, conform Tabelului de beneficii aferent fiecărei categorii. În cazul serviciilor oferite de furnizori de servicii medicale care nu fac parte din rețeaua de parteneri medicali agreeți, nivelul maxim al unui cost ce va fi despăgubit nu poate

depăși valoarea costului practicat în general pentru diagnosticarea și tratarea unor cazuri de un tip și o gravitate similare în localitatea unde au fost prestate serviciile medicale.

49. Dacă, pe baza documentelor solicitate, Asigurătorul decide că evenimentul survenit pe durata de valabilitate a contractului de asigurare nu este risc acoperit conform condițiilor de asigurare, acesta va informa Contractantul/ Asiguratul/ Asiguratul dependent asupra deciziei de neîncadrare a evenimentului avizat în condițiile de asigurare.

REGLEMENTAREA PLĂȚILOR DATORATE DE ASIGURĂTOR ÎN BAZA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

50. Sumele ce reprezintă indemnizații de asigurare sau rambursări de costuri în baza contractului de asigurare se vor plăti în moneda contractului de asigurare, într-un cont bancar comunicat în scris Asigurătorului și deschis la o bancă de pe teritoriul României sau prin orice altă modalitate de plată agreeată de către Asigurător în termen de maximum 30 zile calendaristice de la depunerea în întregii documentații la Allianz-Tiriac Asigurări SA.

51. Eventualele taxe și comisioane privind operațiunile de plată a indemnizațiilor/ rambursărilor de costuri în baza contractului de asigurare vor fi suportate de către Asigurător. În cazul în care detaliile de plată comunicate de Contractant/ Asigurat/ Asigurat dependent nu sunt corecte și/ sau complete, iar încercarea de efectuare a plății de către Asigurător eșuează, Asigurătorul își rezervă dreptul de a reține taxele și comisioanele aferente următoarelor ordonări la plată a aceluiași sume din valoarea ce urmează să fie plătită.

52. Sumele ce reprezintă indemnizații în baza contractului de asigurare datorate și neîncasate se păstrează în evidențele Asigurătorului conform legislației în vigoare.

ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

53. Răspunderea contractuală a Asigurătorului încetează în următoarele cazuri:

- la inițiativa Contractantului ca urmare a înregistrării solidității de reziliere a contractului de asigurare la sediul Asigurătorului;
- la inițiativa Asigurătorului, conform prevederilor condițiilor de asigurare sau a dispozițiilor legale (inclusiv prevederile sancțiunilor internaționale);
- la ora 24:00 a zilei specificată în poliță ca dată de încetare.

54. Acoperirea riscurilor asigurate prin contractul de asigurare încetează, după cum urmează:

- pentru toate persoanele acoperite prin contractul de asigurare:
 - o dată cu încetarea răspunderii Asigurătorului prin contractul de asigurare, conform prevederilor condițiilor de asigurare;
 - la data de încetare a contractului de asigurare precizată în poliță;
- pentru Asigurat
 - la data pierderii calității de Asigurat în baza contractului de asigurare;
 - la data la care s-au plătit indemnizații/ s-au rambursat costuri cu servicii medicale Asiguratului în baza planului de asigurare care egalează beneficiile maxime, conform Tabelului de beneficii aferent categoriei din care face parte persoana asigurată;
 - la urmărirea aniversare a contractului după ce Asiguratul împlinește vârsta de 65 ani;
- pentru Asiguratul dependent
 - la data la care acoperirea încetează pentru Asigurat;
 - la data pierderii calității de Asigurat dependent în baza contractului de asigurare;
 - la data la care s-au plătit indemnizații/ s-au rambursat costuri cu servicii medicale Asiguratului dependent în baza planului care egalează beneficiile maxime conform Tabelului de beneficii aferent categoriei din care face parte persoana asigurată;
 - la urmărirea aniversare a contractului după ce Asiguratul dependent împlinește vârsta de 65 ani.

CORESPONDENȚA PRIVIND CONTRACTUL DE ASIGURARE

55. Modificările contractului de asigurare, afiate la dispoziția Contractantului prin condițiile de asigurare, se efectuează pe bază de solicitare semnată și

transmisă la sediul Asigurătorului, însoțită de toate documentele justificative solicitate de Asigurat.

56. Orice comunicare a Asigurătorului adresată Contractantului se face folosind cele mai recente date de contact comunicate de către Contractant, chiar dacă acestea sunt ale unui terț. Conținutul corespondenței îi este opozabil Contractantului, chiar dacă acesta nu și-a respectat obligația contractuală de a informa Asigurătorul cu privire la modificarea datelor sale de contact.

57. Asigurătorul nu își asumă nici o responsabilitate în ceea ce privește efectele și consecințele decurgând din întârzierea, nerecepționarea, deteriorarea, pierderea sau din alte erori de transmitere a mesajelor, scrisorilor sau documentelor, din motive independente de activitatea Asigurătorului.

58. În cazul schimbării parametrilor sau a altor elemente din documentele contractuale, Asigurătorul poate folosi orice modalitate de comunicare a acestora Contractantului (ex. publicație națională de mare tiraj, website-ul Asigurătorului, telefon, SMS, poșta electronică etc.).

59. Corespondența directă cu Contractantul sub formă de scrisoare este posibilă doar la o adresă de pe teritoriul României.

DISPOZIȚII FINALE

60. Respectarea de către Contractant și Asigurat/ Asigurat dependent a obligațiilor care le revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile acestora sunt adevărate, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asigurătorului de a plăti indemnizații și/ sau de a rambursa costuri pentru servicii medicale.

61. În cazul modificării sau rezilierii contractului de asigurare, prevederile acestuia se aplică în toate cazurile de daună survenite înainte de modificare sau reziliere. În aceste cazuri, primele de asigurare corespunzătoare deja achitate nu se restituie Contractantului.

62. Contractantul are dreptul să renunțe la contractul de asigurare și să solicite încetarea acestuia în primele 14 zile de la încheiere, fără a fi necesară invocarea unui motiv, în condițiile în care nu s-au produs riscuri asigurate. În această situație, Allianz-Tiriac va returna integral prima de asigurare achitată, în baza cererii scrise de renunțare la contractul de asigurare.

63. Contractantul poate denunța contractul de asigurare pe toată durata acestuia cu un preaviz de cel puțin 20 zile calendaristice înainte ca încetarea sa să producă efectele, dar rămâne obligat să achite eventualele prime de asigurare până la data încetării efective a contractului.

64. Dreptul la acțiune întemeiat pe un raport de asigurare sau reasigurare se prescrie în termen de 2 ani. Termenul începe să curgă de la data producerii riscului asigurat. Asiguratul este răspunzător să depună cererea de despăgubire ori de indemnizare în interiorul termenului de prescripție.

65. Orice solicitare adresată Asigurătorului, conform condițiilor de asigurare, trebuie semnată de către Contractant și/ sau Asigurat. Dacă semnătura din solicitare este adresată Asigurătorului nu coincide celei din oferta de asigurare, Asigurătorul poate solicita Contractantului sau Asiguratului, după caz, confirmarea schimbării semnăturii; în acest sens, Contractantul/ Asiguratul va pune la dispoziția Asigurătorului un specimen al noii semnături.

66. Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare de asigurare este legea română.

67. Posibilele litigii ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare, vor fi soluționate de instanțele de judecată competente.

68. Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentele respective.

69. Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor care le revin în cadrul prezentului contract după producerea oricăruia dintre cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.

Lista asigurati

Nr.crt	Nume	Prenume	CNP
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			

46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95

96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145

146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184