



OMNIASIG
VIENNA INSURANCE GROUP

POLITA SERIA S NR. 1000145

ASIGURAREA VOLUNTARĂ DE SĂNĂTATE – de grup
Specificația Poliței

02.02.02.S.001.0.A

A. DATE EMITENT

Sucursala/Agenția: OMNIASIG VIG Centrala; Emitent: Stan Oana Andrea, cod 181000951
Intermedlar: Campion Broker de Asigurare S.R.L., cod 115870000

B. INFORMAȚII REFERITOARE LA CONTRACTANT

Contractant: Denumire: R.A. AUTORITATEA AERONAUTICA CIVILA ROMANA; CUI: RO 23596809
Adresa: Șoseaua Bucuresti - Ploiești, nr. 38-40, sector 1, București
E-mail: ; Tel.: 021.208.13.08
Domeniu activitate: Alta activități anexe transporturilor
Reprezentat legal: în calitate de: Director General
Număr asigurați pentru care s-a făcut achiziția: 227 angajați

C. DETALII ASIGURARE

Asigurați: 209 salariați ai R.A. AUTORITATEA AERONAUTICA CIVILA ROMANA la data emiterii poliței, conform listei persoanelor asigurate 02.02.02.F.001.0.A_ AACR
Acoperire: Servicii medicale efectuate pe teritoriul României, pentru angajații Contractantului
Suma Asigurata per persoana Conform Anexa_ Valoarea sumei asigurate / servicii medicale din propunerea tehnică
Perioada de asigurare: 12 luni, conform condițiilor specifice, de la 01.08.2018 până la 31.07.2019
Prima de asigurare totală: 236.170 RON* (pentru un număr de 209 angajați la 01.08.2018, cu o primă 1.130 RON/angajat/an)
Modalitate de plată: 12 rate scadente la data de 20 ale fiecărei luni pentru luna în curs. Plata cu OP în baza decontului lunar de primă transmis de Asigurător în original
Rata Nr.1 de primă: 19.680,83 RON* (conf. numărului de angajați la momentul semnării poliței)
* NOTĂ: Valoarea ratelor de primă de asigurare ulterioare primei rate vor fi determinate lunar, în funcție de fluctuația angajaților. Se vor emite deconturi lunare de primă, după operarea intrărilor și ieșirilor de persoane din asigurare. Fluctuația angajaților poate influența și prima de asigurare totală.

D. PRECIZĂRI

Prezenta poliță a fost emisă în data de: 31.07.2018 în 2 (doua) exemplare originale.
La prezenta se anexează următoarele documente care fac parte integrantă din Poliță:
1. Condiții generale de asigurare 02.02.02.W.001.0.A_ AACR
2. Condiții speciale de grup 02.02.02.W.002.0.A_ AACR
3. Condiții specifice ale planului de asigurare 02.02.02.W.002.1.A_ AACR
4. Caietul de sarcini care a stat la baza derulării procedurii de achiziție
5. Propunerea tehnică – conține schema de accesare a serviciilor medicale în cadrul rețelei Mediga Net
6. Propunerea financiară
7. Lista persoanelor asigurate 02.02.02.F.001.0.A_ AACR
8. Acordul de asociere între OMNIASIG VIG și Campion Broker de Asigurare S.R.L.
In cazul în care mai există contradicții între prevederile Condițiilor Generale/ Condițiilor Speciale/ Condițiile Specifice și Oferta tehnică respectiv Caietul de sarcini care a stat la baza desfășurării procedurii de achiziție derulate de Contractant, vor prevala prevederile Caietului de Sarcini și ale propunerii tehnice.

E. DECLARAȚII CONTRACTANT

Declar în mod expres că am primit un exemplar original al documentelor Poliței și am citit prevederile acestora, atât înainte cât și la încheierea Poliței. Declar că am înțeles și sunt de acord cu conținutul și încheierea Poliței. Am acordul persoanelor pentru care se încheie asigurarea, pentru comunicarea către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP S.A. a datelor cu caracter personal ale acestora (inclusiv CNP-ul și date privind starea de sănătate), în vederea prelucrării în scopul derulării contractului de asigurare.

CONTRACTANT,
R.A. AUTORITATEA AERONAUTICA CIVILA ROMANA
Director General
Șef SCAE
Șef SJRU

ASIGURĂTOR,
OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP S.A.
DSCNA

BROKER: Campion Broker de Asigurare S.R.L.

Cod unic ASF: RBK

ASIGURAREA DE SĂNĂTATE

Condiții generale

1. CLAUZA OPERATIVĂ

1.1. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP se obligă ca, în urma producerii sau apariției oricărui eveniment asigurat, în baza Cererii de asigurare semnată de Asigurat / Contractant (dacă este cazul), precum și a oricăror informații relevante importante pentru evaluarea riscurilor furnizate în scris de acesta, sub rezerva respectării întocmai a condițiilor, excluderilor și clauzelor stabilite de comun acord, și în baza plății primei de asigurare în cuantumul și la scadențele prevăzute în Specificația Poliței, să plătească Asiguratului despăgubirea / indemnizația cuvenită în condițiile și în cuantumul prevăzut în Poliță.

2. DEFINIȚII ȘI INTERPRETĂRI

În tot cuprinsul acestei Polițe, termenii de mai jos au numai înțelesul atribuit prin următoarele definiții:

2.1. Accident: eveniment brusc, întâmplător, extern, produs independent de voința Asiguratului, care prin acțiunea asupra corpului, provoacă afectarea stării de sănătate a Asiguratului, independent de orice boală a Asiguratului;

2.2. Asigurat: persoana fizică a cărei sănătate este acoperită prin Poliță, având domiciliul stabil sau rezidență în România și care este îndreptățită să primească servicii medicale cuprinse în Poliță.

2.3. Beneficiar: persoana îndreptățită să primească despăgubirea / indemnizația în cazul producerii evenimentului asigurat (Asiguratul);

2.4. Boală: o stare anormală care afectează funcțiile organismului Asiguratului și care este diagnosticată de către un medic autorizat;

2.5. Card de asigurare: documentul primit de către Asigurat care va fi prezentat Furnizorului de Servicii Medicale înainte de efectuarea oricărui Serviciu Medical și care conține informații cu privire la Asigurat și la Produsul de asigurare ales;

2.6. Call – center (dispecerat): serviciu telefonic prin care pot fi solicitate informații cu privire la Polița de asigurare și/sau Lista rețelei de Furnizori de Servicii Medicale precum și prin care pot fi efectuate programări. Datele de identificare a call-center-ului sunt menționate în cardul de asigurare.

2.7. Caz de asigurare în derulare: eveniment asigurat al cărui început este deja stabilit sau care a început deja și nu s-a încheiat încă.

2.8. Caz fortuit: eveniment care nu poate fi prevăzut și nici împiedicat de către cel care ar fi fost chemat să răspundă dacă evenimentul nu s-ar fi produs.

2.9. Condiție medicală preexistentă: orice Boală, Tulburare sau Vătămare corporală existentă la data intrării în asigurare.

2.10. Contractant: Persoana care încheie Polița cu OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP pentru și în numele Asiguratului, care și-a exprimat în scris consimțământul, și se obligă față de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP să plătească prima de asigurare și să respecte obligațiile care îi revin prin contract (exemplu: angajatorul / asociația care încheie Polița în beneficiul angajaților / membrilor).

2.11. Dauna: prejudiciu material (contravaloarea serviciilor medicale accesate) suferit de Asigurat ca urmare a producerii evenimentului asigurat, precizat în și acoperit de asigurarea oferită de Poliță

2.12. Despăgubire / Indemnizație cuvenită: suma datorată de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP Asiguratului, ca urmare a producerii evenimentelor asigurate prin Poliță.

2.13. Diagnosticare: servicii Medicale întreprinse de Furnizorul de Servicii Medicale utilizate în scopul examinării medicale a Asiguratului;

2.14. Evaluarea riscului de preluat: procedura prin care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP verifică dacă, și după caz, în ce condiții va asigura viitorul Asigurat. Vor fi luate în considerare, în mod special, printre altele, vârsta, ocupația și starea sănătății Asiguratului. În afara informațiilor furnizate de către Contractant și de către Asigurat în cererea de asigurare, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP poate solicita informații suplimentare și documente medicale de la Asigurat, medici și/sau instituții medicale.

2.15. Eveniment asigurat: risc asigurat care s-a produs, cauzator de daune și în urma căruia se naște dreptul la despăgubire / indemnizație – servicii medicale furnizate ca urmare a unei boli, tulburări, vătămări corporale sau a unui Accident pe durata valabilității Poliței sau servicii medicale în legătură cu sarcina și/ sau nașterea, precizate în și acoperite prin Poliță.

2.16. Forță majoră: situație invocată de una din părți, dovedită cu documente emise de autorități publice competente și cauzată de un eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil, care

a împiedicat una din părți să își îndeplinească obligațiile contractuale.

2.17. Furnizor de servicii medicale: medic, personal medical și/sau instituție medicală care sunt autorizate și licențiate de autoritățile competente să presteze servicii medicale conform nivelului universal de cunoaștere medicală și care acționează în limitele autorizației primite;

2.18. Medicina experimentală: Servicii Medicale care nu sunt incluse în practicile general acceptate și utilizate în medicină, care nu sunt predate în cadrul universităților de medicină sau altor instituții de învățământ, care așteaptă aprobarea oficială de la autoritățile statului sau sunt în faza de testare.

2.19. Perioada de asigurare: intervalul de timp în care pot apărea evenimente asigurate pentru care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP datorează despăgubiri / indemnizații în baza prezentei Polițe.

2.20. Poliță: contract de asigurare cuprinzând Specificația (inclusiv tabelul nominal cu Asigurații), cardul de asigurare, certificatul de membru (dacă este cazul), condițiile de asigurare (generale, speciale privind asigurarea de grup – dacă este cazul, specifice și orice Clauze / înțelegeri speciale convenite între parti), lista furnizorilor de servicii medicale din rețeaua agreata de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, cererea de asigurare (dacă este cazul), oferta de asigurare și decontul de primă, eventualele acte adiționale și orice alt document anexat;

2.21. Plan de acoperire: totalitatea serviciilor medicale acoperite prin Poliță cu precizarea sublimitelor de despăgubire / indemnizare, după caz.

2.22. Prima de asigurare: suma datorată de Asigurat / Contractant pentru preluarea în asigurare de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP a riscurilor asigurate prin Poliță;

2.23. Rețeaua Furnizorilor de Servicii Medicale: furnizor de servicii medicale care colaborează cu OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în vederea decontării directe a serviciilor medicale.

2.24. Risc asigurat: eveniment viitor, posibil dar incert acoperit de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, a carui producere ar putea cauza daune (riscul de accesare a serviciilor medicale ca urmare a unei boli, tulburări, vătămări corporale, a unui accident sau în legătură cu sarcina și/sau nașterea).

2.25. Servicii medicale în regim ambulatoriu: servicii medicale, necesare din punct de vedere medical pentru tratarea Bolilor, Tulburărilor și Vătămărilor corporale și care nu sunt efectuate în timpul spitalizării Asiguratului.

2.26. Servicii medicale incluse în regim de spitalizare: servicii medicale necesare din punct de vedere medical pentru tratarea bolilor, tulburărilor și vătămărilor corporale și care sunt efectuate pe durata spitalizării Asiguratului ce include cel puțin o noapte de ședere.

2.27. Spital: instituție medicală autorizată de autoritățile competente și licențiată să efectueze servicii medicale conform nivelului universal de cunoaștere medicală și care acționează în limitele autorizației primite.

2.28. Sublimate de despăgubire: sublimatele valorice / numerice de accesări stabilite pentru anumite servicii medicale care reprezintă maximum răspunderii asumate de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în cazul producerii evenimentului asigurat;

2.29. Tratament: toate serviciile medicale utilizate în scopul evaluării, diagnosticării și/ sau tratării unei boli, tulburări, vătămări corporale sau consecințelor unui accident. Se considera începutul tratamentului momentul la care se efectuează pentru prima dată serviciile medicale.

2.30. Tratament necesar din punct de vedere medical: un tratament este necesar din punct de vedere medical dacă, conform rezultatelor obiective ale examenelor medicale și conform cunoștințelor științifice generale la momentul efectuării serviciului medical, este argumentată desfășurarea sa. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP este îndreptățit să analizeze și să stabilească (conform nivelului universal de cunoaștere medicală) dacă tratamentul este necesar din punct de vedere medical.

Sarcina probei necesității medicale a unui tratament este a Asiguratului.

2.31. Tratament paliativ: orice tip de îngrijire medicală sau tratament administrat care se adresează în special diminuării simptomelor unei boli și mai puțin opririi evoluției acesteia, întârzierii apariției sau recăderii, vindecării acesteia. Scopul acestui tratament este prevenirea și alinarea suferinței pecum și îmbunătățirea calității vieții în cazul bolilor severe, complexe.

2.32. Tratament profilactic: orice tratament aplicat în scopul menținerii stării de sănătate și/sau prevenirii răspândirii bolii.

2.33. Tulburare: orice manifestare și/ sau simptom care indică o deteriorare a stării de sănătate;

2.34. Vătămare corporală: Orice deteriorare morfologică a unui organ, țesut, sistem sau a întregului organism.

3. OBIECTUL ASIGURĂRII; RISCURILE ACOPERITE

3.1. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP plătește despăgubiri / indemnizații Asiguratului conform planului de acoperire aplicabil Poliței, ca urmare a producerii în perioada de asigurare a evenimentelor asigurate.

3.2. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP ofera acoperire numai pentru costurile tratamentelor necesare din punct de vedere medical ca urmare a unei boli, tulburari, vatamari corporale sau producerii unui accident.

Pentru tratamente necesare din punct de vedere medical în legătură cu sarcina și/sau nașterea, există, de asemenea, acoperire prin asigurare, în măsura și în limitele planului de asigurare agreat prin Poliță.

3.3 Vârsta maximă de acceptare a unei persoane în calitate de Asigurat este de 69 ani, cu excepția situațiilor menționate în Poliță. Stabilirea vârstei se determină ca fiind vârsta împlinită a Asiguratului la data Începutului asigurării.

3.4 Persoanele până la împlinirea vârstei de 18 ani pot fi Asigurați numai dacă cel puțin un părinte are calitatea de Asigurat și instituit ca și Contractant, cu excepția situațiilor menționate în Poliță. Acoperirea prin asigurare a minorului nu poate fi încheiată pentru un plan de asigurare mai cuprinzător decât cel al unui părinte, cu excepția situațiilor menționate în Poliță.

4. TERITORIALITATEA

4.1 Dacă părțile nu convin altfel prin mențiuni exprese în Specificația Poliței, acoperirea prin asigurare se limitează la serviciile medicale efectuate pe teritoriul României.

5. EXCLUDERI

5.1. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu își asumă răspunderea cu privire la decontarea serviciilor medicale pentru / în legătură cu:

- i. urmările evenimentelor de război sau asemănătoare războiului, participarea la serviciul militar inclusiv la misiuni militare de pace în afara României;
- ii. consecințele atacurilor teroriste, a tulburărilor, a revoltelor, răzmerițelor sau a circumstanțelor excepționale;
- iii. consecințele radiațiilor nucleare, ale fuziunii, fisiunii și accelerării particulelor;
- iv. consecințele cutremurelor, inundațiilor și a altor catastrofe naturale;
- v. consecințele acțiunilor intenționate (premeditate) ale persoanelor Asigurate;
- vi. obținerea prin mijloace frauduloase a plăților asigurării, respectiv inducerea în eroare intenționată a Asiguratorului;
- vii. săvârșirea, încercarea săvârșirii, precum și participarea Asiguratului la săvârșirea unei fapte penale prevăzute de lege;
- viii. consecințele consumului de alcool, droguri, alte substanțe toxice, precum și a metodelor de dezintoxicare, inclusiv urmările acestora;
- ix. medicina experimentală, inclusiv urmările acesteia;
- x. participarea ca subiect la studii medicale, chimice, cercetări științifice legate de sănătate chiar dacă nu sunt declarate astfel, inclusiv urmările acestora;
- xi. autotratare /automedicație, inclusiv urmările acesteia;
- xii. servicii medicale care nu sunt necesare din punct de vedere medical;
- xiii. consecințele unui tratament prescris și neurmat de către un Asigurat;
- xiv. servicii medicale efectuate Asiguratului de către soți, părinți sau copii;
- xv. servicii medicale efectuate Asiguratului de către o persoană care nu este licențiată să practice medicina;
- xvi. tentative de sinucidere, inclusiv urmările acestora;
- xvii. proteze ale corpului existente în momentul încheierii Poliței, inclusiv înlocuirea lor și urmările lor secundare / îmbolnăvirile secundare;
- xviii. chirurgie estetică sau orice tratament efectuat din motive estetice, inclusiv urmările lor;
- xix. dorința de a avea copii / fertilitate / împotriva sterilității, contracepție, avort voluntar, inclusiv urmările acestora;
- xx. schimbările sexului, inclusiv urmările acestora;
- xxi. tuberculoza, infecția HIV, SIDA, inclusiv urmările acestora directe sau indirecte; boli venerice și alte boli cu transmitere sexuală;
- xxii. îmbolnăvirile mintale, psihice, psihiatrice și tulburările de comportament, inclusiv urmările acestora, serviciile medicale psihologice, cu excepția situațiilor menționate expres în Poliță;

- xxiii. servicii medicale medico-dentare, inclusiv urmările acestora, cu excepția situațiilor menționate expres în Poliță;
- xxiv. emiterea oricăror documente medicale care nu sunt destinate diagnosticării / tratării unei boli, tulburări și/sau vătămări corporale;
- xxv. epidemii, pandemii recunoscute de către autoritățile competente;
- xxvi. spitalizarea în cadrul următoarelor instituții medicale: spitale de geriatrie și gerontologie, centre de convalescență, centre care furnizează Tratamente de recuperare balneo-kineto-terapeutică, azile, centre de reabilitare, centrele care oferă asistență la domiciliu, spitale de psihiatrie sau secții de psihiatrie ale spitalelor și instituții medicale destinate tratării dependențelor, cu excepția situațiilor menționate expres în Poliță;
- xxvii. tratamente paliative și/sau profilactice, cu excepția situațiilor menționate expres în Poliță;
- xxviii. servicii medicale efectuate și recomandate de către un medic de medicina muncii;
- xxix. dispozitive medicale utilizate sau recomandate în timpul spitalizării, medicamente sau substanțe utilizate sau recomandate pe durata efectuării serviciilor medicale în regim ambulatoriu.

6. PRIMA DE ASIGURARE

6.1. Prima de asigurare se stabilește după evaluarea riscului și depinde, în mod special, printre altele, de următorii factori:

- planul de asigurare;
- vârsta Asiguratului;
- frecvența de plată a primelor de asigurare;
- starea de sănătate a Asiguratului în momentul încheierii Politei.

6.2. În cazul polițelor cu o durată mai mare de un an de zile, prima de asigurare depinde și de creșterea prețurilor serviciilor medicale. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP poate ajusta cuantumul primei de asigurare utilizând în acest sens indicatorul publicat de INS (Institutul Român de Statistică) pentru inflația aferentă serviciilor medicale, indicator care este utilizat în calcularea indicelui prețului de consum (IPC), la care se poate adăuga până la maxim 10%. În același mod poate fi ajustată coplata, dacă aceasta este aplicabilă.

OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va informa Contractantul cu cel puțin 4 săptămâni înainte de sfârșitul asigurării cu privire la ajustarea primei de asigurare. Această informare va conține noua valoare a primei de asigurare. În cazul în care Contractantul nu este de acord cu ajustarea primei de asigurare, poate denunța Poliță în termen de o săptămână de la data primirii notificării de la OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, încetarea Politei urmând a se aplica începând cu data ulterioară celei până la care prima de asigurare anterioară notificării este aplicabilă.

În cazul în care Contractantul nu transmite o notificare de denunțare a Politei, se va considera că acesta a luat la cunoștință și a acceptat modificarea primei de asigurare și implicit a Politei..

Pe parcursul anului de asigurare nu sunt posibile ajustări ale primei de asigurare, cu excepția situațiilor în care Contractantul / Asiguratul și-au încălcat obligațiile menționate în art. 11.1 (i) și (ii).

6.3. Prima de asigurare este anuală și se calculează din momentul începutului asigurării. Prima de asigurare trebuie plătită pentru întreaga perioadă de asigurare. În situația în care părți ale Politei încetează pe parcursul derulării ei din orice motiv, prima de asigurare trebuie plătită până la sfârșitul părții respective.

6.4. Frecvența de plată a primelor de asigurare pentru un an de asigurare poate fi anuală, semestrială, trimestrială sau lunară, în funcție de opțiunea Contractantului.

6.5. Plata primelor de asigurare se efectuează prin virament bancar în contul OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP specificat în Poliță.

6.6. Prima de asigurare (sau prima inițială în cazul plății în rate mai mici de un an) trebuie plătită la data completării cererii de asigurare. Dacă în urma evaluării riscului de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, prima rezultată este mai mare decât cea încasată la semnarea cererii de asigurare, Contractantul trebuie să achite această diferență în termen de 14 zile calendaristice de la data la care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP notifică Contractantul cu privire la acest lucru. În cazul în care această diferență nu este achitată în termen de 14 zile calendaristice, prima de asigurare plătită la semnarea cererii de asigurare va fi returnată, iar acoperirea prin asigurare nu va începe. În cazul în care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP refuză acoperirea prin asigurare sau Contractantul refuză prima mărită, acoperirea prin asigurare nu va începe iar prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare va fi returnată.

6.7. În cazul plății primelor cu o frecvență mai mică de un an, primele următoare sunt scadente la datele menționate în Poliță.

6.8. Obligația de plată a primelor îi revine Contractantului.

6.9. Atât timp cât Contractantul nu a plătit integral prima anuală sau prima inițială (rata 1) de asigurare, Asiguratul nu poate formula pretenții asupra serviciilor medicale prin asigurare.

6.10. Dacă Contractantul nu achită ratele de prima ulterioare celei dintai în termen de 15 zile de la data scadenței, acoperirea prin asigurare încetează automat începând cu a 16-a zi de la data scadenței. Totuși, dacă Contractantul achită în decursul următoarelor 15 zile rata de prima scadentă, numita perioada de suspendare, Asiguratul are dreptul să emită pretenții privind plata serviciilor medicale prin asigurare începând cu data înregistrării în contul OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP a respectivei prime de asigurare. În cazul unor evenimente asigurate care s-au produs între a 16-a zi de la data scadenței și momentul plății primei de asigurare, serviciile medicale aferente acestora, inclusiv consecințele lor, nu sunt acoperite prin asigurare, indiferent de momentul prestării lor.

În cazul în care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP a achitat orice servicii medicale pentru evenimente asigurate neacoperite, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP are dreptul de a solicita Asiguratului returnarea contravalorii serviciilor medicale achitate. Asiguratul trebuie să plătească suma datorată în termen de 14 zile de la data la care primește o notificare privind cuantumul acesteia. Dacă Contractantul nu achită rata de prima în decursul celor 30 de zile de la data scadenței, Poliță încetează deplin drept, fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, partea fiind de drept în întârziere prin simpla neexecutare a obligației, retroactiv, începând cu ziua următoare scadenței ratei de prima.

În același moment încetează și obligația sa cu privire la plata serviciilor medicale.

7. ÎNCEPUTUL ȘI SFÂRȘITUL ASIGURĂRII; RĂSPUNDEREA OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP

7.1. Poliță se încheie, de regula, pe o perioadă de 12 luni. Perioada de asigurare este cea precizată în Specificația Poliței.

7.2. Răspunderea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP începe la data menționată în Polița de asigurare (începutul asigurării), însă nu înainte de data încheierii Poliței și plata primei de asigurare sau, după caz, cea dintâi rata a acesteia. În cazul modificărilor intervenite pe durata derulării Poliței, acoperirea suplimentară se va aplica de la data modificărilor convenite.

7.3. Răspunderea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP încetează la data menționată în Polița de asigurare (sfârșitul asigurării) sau, anterior acestei date, conform altor prevederi din prezentele condiții și/sau Poliță.

7.4. Pentru serviciile medicale efectuate înainte de începerea acoperirii prin asigurare sau pentru servicii medicale efectuate după sfârșitul acoperirii prin asigurare, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu își asumă răspunderea cu privire la acoperirea acestora.

8. PERIOADA DE AȘTEPTARE

Nu există perioada de așteptare

9. CARDUL DE ASIGURARE

9.1. Pentru fiecare Asigurat OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP emite un card de asigurare care este trimis Contractantului.

9.2. Cardul de asigurare poate conține numele, prenumele și informații referitoare la planul de asigurare, precum și numărul de telefon al Call Center-ului.

9.3. În cazul în care Asiguratul pierde cardul de asigurare, Contractantul sau Asiguratul vor notifica OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP despre pierderea acestuia în decurs de 24 de ore de la luarea la cunoștință a acestui fapt. Cardul de asigurare își pierde valabilitatea și nu mai poate fi utilizat, chiar dacă este găsit ulterior. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va emite un nou card de asigurare.

9.4. Odată cu încetarea răspunderii OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, cardul de asigurare își pierde valabilitatea și utilizarea sa este interzisă.

Utilizarea cardului de asigurare după încetarea răspunderii OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP îndreptățește OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP să solicite Asiguratului acoperirea prejudiciului generat de utilizarea cardului.

10. CALL CENTER

10.1. La dispoziția Asiguraților va fi pus un serviciu care servește pentru programare și informare. Orice serviciu medical prestat de către unul dintre furnizorii de servicii medicale menționat în lista rețelei de furnizori de servicii medicale va fi programat numai prin intermediul Call Center-ului, cu excepția situațiilor menționate expres în Poliță.

10.2. Prin intermediul Call Center-ului nu se acordă sfaturi medicale. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu poate fi răspunzător pentru orice declarație a Call Center-ului care poate fi interpretată de către Asigurat ca fiind sfat medical.

10.3. Asigurații pot obține de la Call Center informații exacte despre furnizorii de servicii medicale cu care colaborează OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP.

11. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI / CONTRACTANTULUI

11.1. Contractantul/Asiguratul au următoarele obligații:

- i. înainte de încheierea Poliței OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP evaluează riscul de preluat. În acest sens, Contractantul / Asiguratul completează cererea de asigurare. Contractantul / Asiguratul trebuie să declare în cererea de asigurare toate circumstanțele care îi sunt cunoscute și care sunt sau pot fi esențiale privind riscul. În mod special el trebuie să se asigure că răspunsurile la întrebările cu privire la starea de sănătate a viitorului Asigurat sunt corecte și complete. În situația în care Contractantul / Asiguratul are un dubiu cu privire la relevanța unei anumite informații / împrejurări, acesta se obligă să o comunice OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP care va aprecia relevanța ei.
- ii. obligațiile descrise la art. 11.1. (i) sunt valabile și pentru intervalul de timp dintre completarea cererii de asigurare și emiterea Poliței. În cazul apariției unor modificări față de datele menționate în cererea de asigurare, Contractantul / Asiguratul este obligat să notifice OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în scris, în aceeași zi, cu privire la aceste schimbări.
- iii. În cazul în care Contractantul / Asiguratul nu îndeplinește oricare din obligațiile prevăzute la art. 11.1 (i) și/sau (ii) contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Asigurat ori Contractantul asigurării cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurator, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii riscului asigurat. Primele plătite rămân dobândite Asiguratorului, care, de asemenea, poate cere și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.
- iv. Declarația inexactă sau reticența din partea Asiguratului ori a Contractantului asigurării a cărei rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea asigurării. În cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc anterior producerii riscului asigurat, asiguratorul are dreptul fie de a menține contractul solicitând modificarea condițiilor, fie de a rezilia contractul la împlinirea unui termen de 10 zile calendaristice calculate de la notificarea primită de Asigurat sau Contractant, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele plătite aferentă perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează. Atunci când constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.
- v. dreptul OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP de a rezilia Polița este exclus dacă circumstanțele, care nu s-au arătat sau nu s-au indicat corect și/sau în mod complet, nu ar fi avut nicio influență asupra deciziei OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP de a încheia Polița în condițiile inițial stabilite.
- vi. în cazul în care Polița se reziliază / anulează conform art. 11.1. (iii), obligația OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP de acoperire prin asigurare a serviciilor medicale încetează în același timp. În cazul în care circumstanțele care nu s-au arătat sau nu s-au indicat corect și/sau în mod complet de către Contractant / Asigurat conform art. 11.1 (i) și/sau (ii) au influențat producerea evenimentului asigurat și/sau acoperirea prin asigurare, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu va efectua plata serviciilor medicale acoperite prin asigurare.

Acest articol este valabil în mod corespunzător dacă OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP îi propune Contractantului / Asiguratului o ofertă pentru continuarea Poliței în condiții modificate, pe care Contractantul / Asiguratul nu o accepta. În acest caz, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP poate participa voluntar la cheltuielile survenite.

În cazul în care noua ofertă de asigurare este acceptată și Contractantul / Asiguratul este de acord cu plata voluntară a OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP pentru serviciile medicale necuvenite,

Contractantul / Asiguratul are obligația plății pentru restul sumei în termen de 14 zile calendaristice de la data acceptării noii oferte de asigurare. În caz contrar Asiguratul nu este îndreptățit să beneficieze de servicii medicale în baza Poliței, indiferent dacă prima de asigurare a fost sau nu achitată la zi.

11.2. Rezilierea sau anularea Poliței de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP conform art. 11.1 se poate aplica întregii Polițe sau pentru anumii Asigurați.

12. CONSTATAREA ȘI EVALUAREA DAUNELOR; STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR / INDEMNIZATIILOR

12.1. Acoperirea prin asigurare este valabilă numai dacă serviciile medicale sunt oferite de furnizorii agreeți de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, cu excepția situațiilor menționate expres în Poliță.

12.2. Lista rețelei de furnizori de servicii medicale se poate modifica oricând pe durata perioadei de asigurare. Asigurații se pot informa oricând la Call Center despre furnizorii de servicii medicale disponibili. Anumiți medici sau servicii medicale pot să nu fie disponibili/e pentru decontarea directă a serviciilor medicale în cadrul rețelei de furnizori de servicii medicale.

12.3. Asigurații pot beneficia de serviciile furnizorilor de servicii medicale agreeți de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP de pe întreg teritoriul țării, cu excepția situațiilor menționate în expres în Poliță.

12.4. Decontarea serviciilor medicale se face direct între furnizorul de servicii medicale și OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, cu excepția situațiilor menționate expres în Poliță. În cazul în care s-au efectuat servicii medicale care nu sunt cuprinse în planul de asigurare agreeat, furnizorul de servicii medicale va face decontarea acestora direct cu Asiguratul. În cazul în care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP a achitat deja furnizorului de servicii medicale serviciile medicale neacoperite prin Poliță, Asiguratul este obligat să restituie OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP contravaloarea acestora în termen de 14 zile calendaristice de la data notificării împreună cu orice pierderi suferite de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP ca urmare a acestor servicii medicale prestate. În cazul în care Asiguratul nu restituie suma datorată în termen de 14 zile calendaristice, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP poate rezilia Polița sau acoperirea pentru Asiguratul respectiv, fără nicio formalitate prealabilă și fără intervenția instanțelor de judecată, Asiguratul fiind de drept în intarziere prin simpla neexecutare a obligației.

12.5. Serviciile medicale se fac prin avizare la Call Center, cu excepția situațiilor menționate în Poliță, când asiguratul se prezintă la medic sau își face programare singur și ulterior anunța call-center-ul. În cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul nu respectă aceste obligații OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu își asumă răspunderea cu privire la decontarea serviciilor medicale. Aprobarea anterioară a OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu exonerează Asiguratul de obligația sa de returnare a costului serviciilor medicale neacoperite prin asigurare în cazul încălcării obligațiilor menționate în Poliță.

12.6. Contractantul și Asiguratul sunt obligați să furnizeze, la solicitarea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, orice informație și documente necesare în vederea evaluării evenimentului asigurat, stării de sănătate sau a obligației de plată a despăgubirii / indemnizației și a cuantumului acesteia.

12.7. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP este îndreptățit să solicite medicilor, personalului medical și/sau instituțiilor medicale documente medicale cu privire la starea de sănătate a Asiguratului și toate datele medicale referitoare la evenimentul asigurat în scopul evaluării obligației sale de plată.

12.8. Pe parcursul analizei unei solicitări de la un Asigurat, în scopul stabilirii condițiilor acoperirii (condiție medicală preexistentă și/sau investigarea necesității medicale), OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu suspenda acoperirea prin asigurare pentru orice servicii medicale care au legătură cu respectiva solicitare.

12.9. Asiguratul vor primi răspunsul (acceptul sau refuzul) privind acoperirea unui serviciu medical, ca regulă, în maxim 48 ore de la data solicitării acestuia, prin intermediul Call Center-ului. În cazul în care vor fi necesare documente și/sau un consult medical al Asiguratului, acestea vor fi solicitate și/sau determinate în cursul acestor două zile. În acest caz Contractantul și/sau Asiguratul vor primi un răspuns (acceptul sau refuzul) în ceea ce privește acoperirea serviciilor medicale în termen de două zile lucrătoare, ca regulă, de la data la care documentele solicitate complete și corecte au fost primite de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP comunică această hotărâre Contractantului / Asiguratului/ familiei Asiguratului prin intermediul Call Center-ului, ca regulă, în termenul de două zile menționat mai sus. Răspunderea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în cazul unei decizii greșite este limitată la costul serviciilor medicale refuzate.

12.10. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va efectua programarea serviciilor medicale în cel mai scurt timp posibil din momentul aprobării, în conformitate cu prevederile Poliței, în limitele orarului și disponibilității furnizorilor de servicii medicale și în conformitate cu preferințele Asiguratului.

12.11. Asiguratul trebuie să prezinte furnizorului de servicii medicale înainte de efectuarea oricărui serviciu medical cardul de asigurare și actul său de identitate.

12.12. În cazul în care Asiguratul nu poate respecta programarea pentru servicii medicale stabilită de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, aceasta trebuie anulată la Call Center cu cel puțin câteva ore înainte de data acesteia. În caz contrar, Asiguratul va suporta eventualele cheltuieli survenite. Răspunderea Asiguratul pentru aceste cheltuieli nu va putea fi antrenată dacă Asiguratul nu onorează programarea din motive independente de voința sa.

12.13. La cerere, Asiguratul poate avea acces la documentele medicale deținute de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP pentru serviciile medicale acoperite prin Poliță. De asemenea, tot la cerere, pot fi furnizate, dacă acest lucru nu contravine drepturilor unor terțe părți, copii ale actelor care servesc pentru stabilirea obligației de plată, a motivului și a valorii acesteia.

12.14. Acoperirea prin asigurare încetează și pentru cazurile de asigurare în derulare odată cu încetarea Politei sau acoperirii pentru respectivul Asigurat, cu excepția situațiilor menționate în Poliță.

12.15. Asiguratul trebuie să acționeze, după posibilități, pentru diminuarea daunei și să se abțină de la săvârșirea oricăror acțiuni care sunt considerate un impediment în procesul de însănătoșire.

12.16. În cazul în care Asiguratul nu este de acord cu refuzul acoperirii unui serviciu medical solicitat, el trebuie să notifice în scris OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în legătură cu dezacordul său în decurs de o lună de la data la care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP a notificat Contractantul / Asiguratul cu privire la refuzul acoperirii.

12.17. Pretențiile cu privire la plățile serviciilor medicale nu pot fi cesionate sau gajate.

12.18. Dacă Asiguratul au pretenții de despăgubire împotriva terților, atunci există obligația ca acestea să fie cesionate în favoarea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP până la limita plății despăgubirilor / indemnizațiilor în baza Poliței.

12.19. Dacă Asiguratul renunță fără acordul OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP la pretențiile împotriva terților, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP poate cere restituirea plăților efectuate de la Contractant / Asigurat.

12.20. Despăgubirea se plătește de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP:

- i. furnizorului de servicii medicale din rețeaua agreată a furnizorilor de servicii medicale;
- ii. Asiguratului, în maximum 15 zile lucrătoare de la depunerea de către Asigurat a documentației complete solicitate de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în vederea stabilirii obligației de plată, în cazul accesării serviciilor în afara rețelei de furnizori de servicii medicale.

În vederea plății serviciilor medicale, Asiguratul și/sau Contractantul trebuie să furnizeze OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP următoarele documente:

- Cererea de despăgubire;
- Originalul documentelor aferente plății (factura, dovada plății, chitanța) pentru cuantumul total al serviciilor medicale;
- lista cu serviciile medicale efectuate cu prețul corespunzător fiecărui serviciu medical în parte;
- dosarul medical al Asiguratului eliberat de către furnizorul de servicii medicale;
- alte documente solicitate de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în vederea stabilirii legitimității obligației de plată.

Documentația solicitată de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP trebuie să fie recepționată de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP de la Asigurat în termen de 30 zile calendaristice de la data efectuării serviciului medical. Asigurătorul are dreptul de a refuza plata în cazul în care, ca urmare a depășirii intervalului de timp anterior menționat, acesta nu poate finaliza evaluarea solicitării.

În cazul Asiguraților cu vârsta până la 18 ani suma va fi achitată către reprezentantul legal.

În cazul decesului Asiguratului serviciile medicale efectuate anterior vor fi achitate moștenitorilor legali.

13. ALTE ASIGURĂRI

13.1. După producerea sau apariția oricărui eveniment asigurat, Asiguratul are obligația să înștiințeze în scris OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, cu ocazia avizării producerii sau apariției evenimentului asigurat, despre existența oricărei alte asigurări de sănătate (contractată de către Asigurat sau în numele acestuia) în vigoare la data producerii sau apariției evenimentului asigurat.

14. ÎNCETARE / REZILIERE / DENUNȚARE; MODIFICĂRI / COMUNICĂRI

14.1. Polița / acoperirea pentru persoanele asigurate individual încetează deplin drept, fără a mai fi necesară nicio formalitate prealabilă, de la data survenirii decesului Contractantului / Asiguratului.

14.2. Prin derogare de la prevederile art. 14.1., în cazul decesului Contractantului, Asigurații au dreptul să solicite în scris în decurs de o lună continuarea Poliței în aceleași condiții de asigurare.

14.3. În cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul obțin în mod fraudulos sau prin orice alte acte care încalcă principiul bunei credințe acoperirea prin asigurare și/sau plăți de despăgubiri / indemnizații, Polița este nulă de drept fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, partea fiind de drept în întârziere, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP transmițând în acest sens Contractantului / Asiguratului o notificare. În acest caz nu este admisă nicio pretenție din partea Asiguratului cu privire la Poliță.

În cazul plăților deja efectuate de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, Asiguratul trebuie să restituie imediat cuantumul acestor plăți necuvenite.

14.4. Orice parte poate denunța Polița cu condiția unei notificări prealabile, Poliță urmând să-și înceteze efectele în termen de 20 zile de la data comunicării acesteia celeilalte părți. În această situație prima de asigurare convenită este cea aferentă perioadei anterioare denunțării.

14.5. Contractantul poate să renunțe la Poliță fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței printr-o notificare scrisă adresată OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în termen de 20 zile calendaristice de la primirea Poliței de asigurare, în măsura în care modificările survenite față de cererea de asigurare nu au fost stabilite de comun acord de către părți pe durata evaluării cererii de asigurare. Polița denunțată se consideră desființată retroactiv, începând cu data încheierii ei. În acest caz, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP îi va returna Contractantului prima de asigurare achitată.

În cazul în care Contractantul nu renunță la Poliță în intervalul de timp mai sus menționat, Polița va fi valabilă în termenii stabiliți prin Poliță.

14.6. Dacă se denunță o parte a Poliței din inițiativa OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, Contractantul poate denunța în scris, în același moment restul Poliței.

Denunțarea de către Contractant se poate aplica întregii Polițe sau pentru anumiți Asigurați.

Dacă OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP achită în mod voluntar servicii medicale efectuate de către Asigurat, în cazul în care Polița este denunțată de către Contractant, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP are dreptul de a solicita Asiguratului restituirea plății voluntare efectuate.

14.7. În cazul încetării Poliței din orice motiv, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP are dreptul de a compensa orice sume datorate de către Contractant cu valoarea primelor de asigurare ce trebuie restituite. În cazul în care această valoare excede primele încasate, Contractantul va fi obligat să achite OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP diferența.

14.8. În cazul în care Contractantul nu achită orice sumă datorată OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP are dreptul de a rezilia Poliță.

14.9. În cazul pronunțării unei hotărâri definitive de declarare a falimentului Contractantului, contractul de asigurare încetează de drept imediat. Asigurații au dreptul ca, în cazul pronunțării unei hotărâri definitive de declarare a falimentului Contractantului, să solicite în scris în decurs de o lună continuarea Poliței în aceleași condiții de asigurare.

14.10. Dacă Contractantul își mută sediul / domiciliul în afara granițelor României, Poliță încetează de drept în momentul mutării. Asigurații au dreptul, în cazul mutării din România a Contractantului, să solicite în scris în decurs de o lună continuarea Poliței în aceleași condiții de asigurare.

14.11. În cazul persoanelor care dobândesc statutul de Asigurat pe parcursul perioadei de asigurare a Poliței, acoperirea pentru respectivii Asigurați încetează în același moment cu cel al încetării Poliței.

14.12. Orice document referitor la Polița de asigurare este valabil doar dacă a fost făcut în limba română, în formă scrisă, semnat de către partea emitentă și expediat celeilalte părți la adresa menționată de aceasta în Poliță. Comunicările verbale nu vor fi luate în considerare de către niciuna dintre părțile contractante / Asigurați. Un document este considerat a fi trimis în termen dacă data expedierii lui este în termenul Contractual.

14.13. Orice declarații / documente ale OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP sunt valabile numai dacă au fost eliberate de la sediul entității OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP cu însemnele și semnăturile persoanelor împuternicite.

14.14. Datele de contact la care părțile OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, Contractantul și/sau Asiguratul primesc corespondența sunt cele prevăzute în Poliță, inclusiv modificările intervenite ca urmare a înscrisurilor prin care aceștia își anunță modificarea adreselor. Orice modificări ale datelor de contact trebuie aduse la cunoștință celeilalte părți în termen de maxim 7 zile de la data

modificării. Dacă acest lucru nu se realizează, partea își îndeplinește obligația de notificare și/sau declarare dacă a expediat înscrisul său către ultima adresă cunoscută a celeilalte părți (care și-a schimbat adresa).

15. FORȚA MAJORĂ ȘI CAZUL FORTUIT

15.1. Dacă legea nu prevede contrariul, părțile vor fi exonerate de răspundere în condițiile în care vor dovedi că nerespectarea obligațiilor asumate se datorează forței majore sau cazului fortuit.

16. MODIFICAREA POLIȚEI

16.1. Prevederile Poliței, inclusiv condițiile de asigurare, pot fi modificate prin acordul părților atât înainte încheierii acesteia cât și oricând pe parcursul perioadei de asigurare, modificările respective intrând în vigoare în condițiile și de la data convenite de părți.

16.2. Polița poate fi modificata de catre OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în următoarele situații:

a) în cazul unei modificări de durată a situației din cadrul sistemului de sănătate românesc;

b) în cazul adoptării / modificării unor legi care impun modificări ale Poliței;

Noile prevederi ale Poliței intră în vigoare în termen de 30 zile calendaristice de la data la care Asiguratorul a informat Contractantul sau de la o altă dată agreată de către părți.

17. LEGISLAȚIE

17.1. Persoanele care obțin sau încearcă prin orice mijloace să obțină pe nedrept despăgubiri din asigurare sau cei care înlesnesc asemenea fapte, se pedepsesc potrivit legii penale ori de câte ori fapta întrunește elementele unei infracțiuni.

17.2. Asigurarea încheiată potrivit prezentelor condiții de asigurare este supusă legilor din România, iar prezentele condiții se completează cu prevederile legale în vigoare privitoare la asigurări.

17.3. În vederea protejării asiguraților, prin contribuția asiguratorilor, există Fondul de garantare, destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate în condițiile legii, în cazul constatării insolvenței Asiguratorului.

18. LITIGII

18.1. Orice litigiu în legătură cu aplicarea Poliței se rezolvă prin conciliere directă între părți sau, în cazul în care acest lucru nu este posibil, de către instanțele judecătorești competente din România.

ASIGURAREA DE SANATATE

Condiții Speciale de grup

1. PREAMBUL

1.1. Prezentele Condiții Speciale sunt valabile numai împreună cu Condițiile Generale privind asigurarea de sanatate.

1.2. Toate prevederile Condițiilor Generale privind asigurarea de sanatate sunt valabile în măsura în care nu contravin prevederilor din prezentele Condiții Speciale.

1.3. În cazul în care există contradicție între prevederile Condițiilor Generale, Condițiilor Speciale și Oferta tehnică respectiv Caietul de sarcini care a stat la baza desfășurării procedurii de achiziție derulată de Contractant, vor prevala prevederile Caietului de Sarcini și ale propunerii tehnice.

1.4. Prin considerarea cumulată a documentelor menționate la art. 1.1 și în concordanță cu prevederile art. 1.2, se convine că:

- (i) în situația în care există, în documentele menționate, capitole cu același titlu / conținut, prevederile acestora se cumulează;
- (ii) în situația în care, în urma cumulării prevederilor documentelor menționate, apar contradicții, se consideră valabile numai prevederile din prezentele Condiții Speciale.

2. DEFINIȚII ȘI INTERPRETĂRI

În tot cuprinsul acestor Condiții Speciale, termenii de mai jos au numai înțelesul atribuit prin următoarele definiții:

2.1. Grup: asigurarea de grup este posibilă pentru asocieri de mai multe persoane, de regulă, angajați sau membri ai unei asociații profesionale (numite în cele ce urmează angajat/angajați). Aceste persoane vor fi considerate Asigurați.

În calculul numărului minim de persoane necesare pentru constituirea unui grup nu vor fi luați în considerare membri familiilor persoanelor asigurate, cu excepția situațiilor menționate în Poliță, însă aceștia pot fi asigurați în cadrul Poliței. În cadrul Poliței pot fi asigurați toți membri familiei Asiguratului sau o parte a acestora (de exemplu: toți soții / soțiile sau toți copiii minori sau toți copiii), în limitele de vârstă aprobate OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP

Încheierea unei asigurări de grup necesită și o participare minimă a angajaților ca Asigurați din numărul total al angajaților. Participarea minimă depinde de mărimea grupului.

2.2. Grup voluntar: un grup este voluntar dacă hotărârea de a încheia o asigurare de sănătate sau de a alege planul de acoperire aparține persoanelor care vor intra în asigurare.

În cazul în care un grup nu cumulează numărul minim de persoane pentru a putea fi considerat grup obligatoriu, acesta poate fi considerat un grup voluntar.

Toți angajații trebuie să aibă aceeași acoperire prin asigurare, însă este permisă constituirea de subgrupuri.

2.3. Grup obligatoriu: un grup este obligatoriu dacă hotărârea de a încheia o asigurare de sănătate sau de a alege planul de acoperire este luată de către Contractant. Toate persoanele angajate trebuie să fie incluse în acoperirea prin asigurare și trebuie să aibă același plan de acoperire, însă este permisă constituirea de subgrupuri.

2.4. Subgrup: în cadrul grupului obligatoriu, Contractantul și OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP pot conveni asupra constituirii unor subgrupuri obiective (de ex. în funcție de nivelul de încadrare din cadrul unei companii). Chiar dacă acest subgrup nu poate îndeplini, raportat la întregul grup, criteriile unui grup obligatoriu (lipsește participarea minimă sau nu este îndeplinit criteriul de acordare a planului de acoperire), acesta va fi considerat ca fiind grup (obligatoriu), dacă formarea acestui subgrup se poate justifica și dacă îndeplinește în sine criteriile unui grup (obligatoriu).

2.5. Membrii familiei: în cadrul Poliței, pot fi asigurați toți membri familiei sau părți ale familiei (de ex. toți soții și soțiile sau toți copiii minori sau toți copiii cu vârsta până la 26 ani sau combinații ale acestora).

2.6. Asigurat: persoana fizică care locuiește sau care lucrează permanent / temporar în România și care este îndreptățită să primească servicii medicale acoperite prin Poliță.

2.7. Evaluarea riscului de preluat: în anumite condiții, în cadrul asigurării de grup, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu va efectua verificarea stării de sănătate a persoanelor ce vor intra în asigurare.

2.8. Oferta de asigurare: document angajant emis de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în conformitate cu solicitarea scrisă a Contractantului / Intermediarului.

2.9. Polita: prin derogare de la prevederile condițiilor generale de asigurare, contractul de asigurare nu include cererea de asigurare, dar include Oferta de asigurare și Condițiile specifice de asigurare pentru asigurarea de grup.

2.10. Acceptarea acordului de asigurare: documente semnate de către Asigurat care certifică primirea cardului de Asigurat, informațiilor relevante despre acoperirea prin asigurare și reglementări în ceea ce privește protecția datelor.

3. PRIMA DE ASIGURARE

3.1. Prima de asigurare (sau prima inițială în cazul plății în rate mai mici de un an) trebuie achitată în cuantumul și până la scadența menționată în Polita.

3.2. Prima de asigurare este calculată în conformitate cu notificările fluctuațiilor de personal transmise de către Contractant, numărul de asigurați fiind ajustat de la o lună la alta (prima de asigurare va fi ajustată în baza numărului final de membrii activi în luna de referință).

4. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI

4.1. Contractantul are următoarele obligații:

- (i) să transmită OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP toate informațiile relevante despre structura și caracteristicile grupului (ocupațiile, riscuri speciale în cadrul companiei) și date statistice aferente sănătății în cadrul companiei (medicina muncii, contracte de asigurare anterioare). Prima de asigurare va fi calculată luând în considerare informațiile despre structura și caracteristicile grupului (ocupațiile, riscuri speciale în cadrul companiei) și datele statistice medicale despre companie (medicina muncii, contracte de asigurare anterioare);
- (ii) să notifice OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP orice modificări intervenite pe durata perioadei de valabilitate a asigurării privind structura grupului și caracteristicile (ocupațiile, riscuri speciale în cadrul companiei).
- (iii) să pună la dispoziția Asiguraților, imediat după primirea lor de la OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP:
 - cardul de asigurare și certificatul de asigurare;
 - lista rețelei de furnizori de servicii medicale (dacă este aplicabil);
 - planul de acoperire;
 - alte clauze speciale convenite între părți, necesare pentru executarea Politei.
- (iv) să aducă la cunoștința Asiguraților acele prevederi ale Politei care se referă la drepturile și obligațiile Asiguraților și să le obțină acordul cu privire la asigurarea de care beneficiază;
- (v) să pună imediat la dispoziția Asiguraților lista furnizorilor de servicii medicale pe care o va primi de la OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP;
- (vi) să transmită imediat OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP acceptarea acordului de asigurare semnat de către Asigurat. În cazul în care Contractantul nu transmite acest document, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP poate refuza să acopere evenimentul asigurat pentru Asiguratul pentru care acceptarea acordului de asigurare nu a fost transmisă.
- (vii) să notifice OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP solicitarea intrării în asigurare a noilor Asigurați cu cel puțin cu 7 zile calendaristice înainte de sfârșitul lunii de asigurare în care aceștia îndeplinesc condițiile pentru a fi Asigurați.
- (viii) Intrarea acestora în asigurare este posibilă în prima zi a lunii de asigurare următoare celei în care Contractantul notifică OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP. Protecția prin asigurare a noilor Asigurați corespunde cu cea a celor deja existenți și expiră în același timp.
- (ix) să notifice OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP solicitarea ieșirii din asigurare a Asiguraților cu cel puțin cu 7 zile calendaristice înainte de sfârșitul lunii de asigurare în care aceștia nu mai îndeplinesc condițiile pentru a fi Asigurați.

În raport cu aceste persoane, partea corespunzătoare a Politei încetează, fără vreo altă formalitate prealabilă sau intervenția instanței la data la care aceștia nu mai îndeplinesc condițiile pentru a fi Asigurați. Primele de asigurare pentru partea care a încetat sunt datorate până la sfârșitul lunii de asigurare în care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP a fost notificat cu privire la ieșirea din asigurare a Asiguratului.

5. CONSTATAREA ȘI EVALUAREA DAUNELOR; STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR / INDEMNIZATIILOR

5.1. Acoperirea prin asigurare nu va fi acordată în lipsa semnării acceptării acordului de asigurare.

6. ÎNCETARE / REZILIERE / DENUNȚARE; MODIFICĂRI / COMUNICĂRI

6.1. Incetarea Poliței conform prevederilor art. 11.1 din condițiile generale nu își găsește aplicabilitatea în cadrul asigurării de grup la care s-a renunțat la verificarea stării de sănătate a persoanelor de asigurat.

6.2. Prevederile art. 14.5 și 14.6 din Condițiile Generale nu își găsesc aplicabilitatea în cazul asigurării de grup.

6.3. În cazul asigurărilor de grup prevederile art. 14.10 din Condițiile Generale se referă la sediul social al Contractantului, cu excepția situațiilor în care există o adresă de corespondență oficială în România. Dreptul Asiguraților privind continuarea Poliței conform prevederilor art. 14.10 din condițiile generale nu se aplică în cazul asigurării de grup

6.4. Prin derogare de la art. 14.1 și 14.2 din condițiile generale, Asigurații au dreptul ca, în termen de o lună, să depună o cerere pentru continuarea Poliței în condițiile de asigurare aplicabile asigurării individuale.

7. MODIFICAREA POLIȚEI

7.1. Art. 16.2. lit (c) din condițiile generale este aplicabil în cazul asigurării de grup cu evaluare medicală (verificarea stării de sănătate a Asiguraților).

ASIGURARE DE SĂNĂTATE

Condiții specifice ale planului de asigurare

1. PREAMBUL

1.1. Prezentele Condiții Specifice sunt valabile numai împreună cu Condițiile Generale și Condițiile Speciale privind asigurarea de sănătate de grup.

1.2. Toate prevederile Condițiilor Generale și Condițiilor Speciale privind asigurarea de sănătate de grup sunt valabile în măsura în care nu contravin prevederilor din prezentele Condiții Specifice.

1.3. Prin considerarea cumulată a documentelor menționate la art. 1.1 și în concordanță cu prevederile art. 1.2, se convine că:

- (i) în situația în care există, în documentele menționate, capitole cu același titlu / conținut, prevederile acestora se cumulează;
- (ii) în situația în care, în urma cumulării prevederilor documentelor menționate, apar contradicții, se consideră valabile numai prevederile din prezentele Condiții Specifice.

2. DEFINIȚII ȘI INTERPRETĂRI

În tot cuprinsul acestor Condiții Specifice, termenii de mai jos au numai înțelesul atribuit prin următoarele definiții:

2.1. **Aria de acoperire:** Aria geografică deservită de către Mediqa Net în cadrul căreia Asiguratului îi poate fi acordată acoperirea prin asigurare. Aria de acoperire pentru fiecare furnizor de servicii medicale este menționată în Lista furnizorilor eligibili de servicii medicale.

2.2. **Control preventiv, rutină, screening:** servicii medicale care nu sunt necesare din punct de vedere medical.

2.3. **Caz de asigurare în derulare:** Caz de asigurare al cărui început este deja stabilit sau care a început deja și nu s-a încheiat încă.

2.4. **Consultație:** Servicii medicale întreprinse de un medic calificat și autorizat, utilizate la examinarea medicală în cazul afectării stării de sănătate.

2.5. **Indemnizație:** Sumă plătită Asiguratului, ca rezultat al efectuării de către Asigurat a unor servicii medicale.

2.6. **Intervenții chirurgicale în ambulatoriu:** Proceduri chirurgicale (acele proceduri medicale, chirurgicale care sunt efectuate utilizând instrumente chirurgicale) necesare din punct de vedere medical pentru tratarea bolilor, tulburărilor și vătămărilor corporale și care nu sunt efectuate în timpul spitalizării asiguratului

2.7. **Recuperare medicală :** Servicii medicale de recuperare medicală (inclusiv kinetoterapie și balneofiziokinetoterapie).

2.8. **Monitorizarea sarcinii:** servicii medicale efectuate pe durata sarcinii și în legătură cu aceasta, pentru urmărirea evoluției sarcinii.

2.9. **Nașterea:** totalitatea serviciilor medicale accesate de către persoana asigurată la momentul nașterii.

2.10. **Spital:** Instituție medicală autorizată de autoritățile competente și licențiată să efectueze un tratament conform nivelului universal de cunoaștere medicală și care acționează în limitele autorizației primite. Următoarele instituții medicale nu sunt considerate spitale: spitalele de geriatrie și gerontologie, azilele de bătrâni, casele de odihnă, centrele de recuperare, reabilitare sau balneo-climaterice sau centrele de tratament kinetoterapeutic, instituțiile destinate tratării bolilor psihice, instituțiile a căror destinație specifică este îngrijirea și tratarea dependențelor.

2.11. **Spitalizare:** perioada în care Asiguratul a beneficiat de un serviciu medical în spital. Este perioada dintre data internării și data externării, așa cum este menționată în biletul de ieșire din spital, în foaia de observație sau în dosarul medical personal.

2.12. **Subgrup:** O parte din totalul Asiguraților pentru care Lista de servicii medicale acoperite este personalizată.

2.13. **Transport medical asistat:** Prestații medicale efectuate de către personal medical specializat autorizat în limita disponibilității. Prestațiile medicale constau în examinarea Asiguratului, evaluarea stării de sănătate și efectuarea imediată a tratamentului corespunzător și, în cazul în care este necesar medical, transportul către o unitate medicală echipată și cu personal specializat care va putea prelua și continua tratamentul inițial

2.14. Ziua de spitalizare este considerată ca fiind perioada continuă de spitalizare a Asiguratului ce include cel puțin o noapte de ședere

2.15. **Lista serviciilor medicale acoperite (Catalogul prestațiilor):** Lista prestațiilor medicale de care poate beneficia Asiguratul în cadrul protecției prin asigurare.

2.16. **Medic stomatolog :** Medic specializat în îngrijirea și tratarea unor afecțiuni ale dinților, gingiilor și/sau ale altor structuri ale cavității bucale

2.17. **Medicina experimentală:** Practici medicale care nu sunt incluse în practicile general acceptate și utilizate în medicină și care nu sunt predate în cadrul universităților de medicină sau altor instituții de învățământ similare.

2.18. **Nașterea:** Totalitatea prestațiilor medicale accesate la momentul nașterii, indiferent de modalitatea de efectuare a acestora (naștere pe cale naturală, prin cezariană) și indiferent de numărul de nou născuți.

2.19. **Perioada de așteptare:** Perioada de la începerea asigurării în care există obligația plății primelor de asigurare dar în care Asigurătorul nu acoperă evenimentul asigurat și nici nu plătește indemnizația (dacă este cazul).

2.20. **Plan de asigurare:** Produs al Asigurătorului care conține anumite prestații predefinite disponibile Asiguraților (vezi Lista serviciilor acoperite).

2.21. **Poliza de asigurare:** Document scris, emis de către Asigurător, care certifică încheierea contractului de asigurare între Contractant și Asigurător.

2.22. **Prestații medicale:** Ansamblul procedurilor medicale utilizate în tratamentul unei boli, tulburări sau vătămări corporale efectuate de către personal medical calificat și autorizat și/sau instituții medicale.

2.23. **Prima de asigurare:** Suma pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului și a cărei valoare este specificată în contractul de asigurare.

2.24. **Tratament ambulatoriu:** Prestații medicale efectuate de către un medic conform nivelului universal de cunoaștere medicală, fără spitalizare într-o instituție medicală.

2.25. **Tratament în spital:** Prestații medicale care se realizează prin spitalizarea Asiguratului într-un spital/instituție medicală, conform nivelului universal de cunoaștere medicală.

2.26. **Tratament necesar din punct de vedere medical:** Un tratament este necesar din punct de vedere medical, dacă conform rezultatelor obiective ale examenelor medicale și conform cunoștințelor științifice generale la momentul tratamentului, este argumentată desfășurarea sa. Asigurătorul este îndreptățit să analizeze și să stabilească (conform nivelului universal de cunoaștere medicală) dacă tratamentul este necesar din punct de vedere medical.

2.27. **Urgenta medicală :** O vătămare corporală sau o afecțiune acută care presupune un risc imediat pentru viața persoanei sau care afectează sănătatea acesteia pe termen lung și care necesită îngrijiri medicale.

3. OBIECTUL ASIGURĂRII; RISCURILE ACOPERITE

În baza prezentelor Condiții Specifice ale planului de asigurare, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP oferă acoperire prin asigurare în cazul serviciilor medicale în regim ambulatoriu și în regim de spitalizare menționate în Propunerea Tehnică - "Anexa 1" anexată contractului de asigurare.

3.1. Servicii medicale în ambulatoriu

(1) Prestațiile medicale acoperite de Planul de asigurare de care beneficiază Asigurații și sunt efectuate în ambulatoriu sunt menționate în "Anexa 1" – Propunerea tehnică - Lista serviciilor medicale solicitate de achizitor și oferite de operatorul economic ". Protecția prin asigurare acoperă și condițiile medicale preexistente ale Asiguraților.

(2) Planul de asigurare oferă protecție prin asigurare numai în cazul prestațiilor medicale menționate în "Anexa 1", în limitele, (după caz) menționate pentru fiecare prestație medicală în parte și pentru fiecare subgrup în parte, dacă aceste prestații sunt necesare din punct de vedere medical, sunt recomandate de către un medic specialist (în cazul în care acest lucru este necesar) .

(3) Toate prestațiile medicale pot fi accesate de către Asigurat doar în urma unei recomandări formulate de către un medic cu excepția consultațiilor medicale, situație în care specialitatea medicală necesară administrării optime a cazului medical va fi stabilită în urma discuției dintre Asigurat și Call Center.

- (4) În cadrul rețelei Mediqa Net, planul de asigurare al OMNIASIG acoperă prin asigurare 100% din valoarea prestațiilor medicale efectuate în ambulatoriu, Asiguratorul achitând direct furnizorului de servicii medicale 100% din valoarea totală a acestora.
- (5) În afara rețelei Mediqa Net, doar în cazul accesării unor furnizori de servicii medicale din România, Planul de asigurare al OMNIASIG acoperă prin rambursarea către Asigurat, în baza facturii eliberate acestuia, 100% dintre valoarea facturii eliberată de furnizor aferentă prestațiilor medicale efectuate în ambulatoriu. În această situație nu este necesară autorizarea și programarea prestațiilor medicale prin intermediul serviciului de Call Center. Asiguratorul va rambursa direct Asiguratului suma totală la care acesta este îndreptățit.
- (6) Prestațiile medicale efectuate în ambulatoriu pe durata sarcinii și în legătură cu aceasta precum și cele aferente nașterii sau în legătură cu aceasta nu sunt acoperite prin asigurare în cadrul Serviciilor medicale în ambulatoriu, ci în modulul special destinat Monitorizării Sarcinii.
- (7) Prestațiile medicale efectuate cu ocazia spitalizării Asiguratului nu sunt acoperite prin asigurare în cadrul Serviciilor medicale în ambulatoriu, ci în modulul special destinat Spitalizării.
- (8) În cazul Serviciilor medicale în ambulatoriu nu există perioadă de așteptare.

3.2. Transport medical asistat

- (1) Prestațiile medicale acoperite de Planul de asigurare și de care beneficiază Asigurații, în funcție de subgrupul din care fac parte aceștia, ce constau în transport medical asistat sunt acoperite prin asigurare doar dacă sunt necesare din punct de vedere medical, sunt autorizate și programate prin intermediul serviciului de Call Center al OMNIASIG, sunt efectuate la un furnizor de servicii medicale din Mediqa Net și numai dacă Asiguratul nu este apt din punct de vedere medical să se deplaseze la un furnizor de servicii medicale din rețeaua Mediqa Net.
- (2) Planul de asigurare oferă protecție prin asigurare numai în cazul prestațiilor medicale menționate în "Lista serviciilor medicale acoperite" atașată contractului de asigurare, în limitele (după caz) menționate pentru fiecare prestație medicală în parte și pentru fiecare subgrup în parte.
- (3) Protecția prin asigurare oferită de către Planul de asigurare se limitează la aria de acoperire a furnizorilor de servicii medicale așa cum este ea menționată Lista furnizorilor eligibili de servicii medicale pentru transport medical asistat.
- (4) Protecția prin asigurare oferită de către Planul de asigurare cu privire la echipamentul medical specializat și tratamentele de efectuat este limitată la disponibilitatea furnizorului de servicii medicale de a oferi echipamente medicale specializate și tratamente medicale corespunzătoare.
- (5) Protecția prin asigurare oferită de către Planul de asigurare cu privire la timpul de răspuns este limitată la disponibilitatea furnizorului de servicii medicale de a răspunde apelurilor pentru solicitări de prestații medicale constând în transport medical asistat.
- (6) În cazul Transportului medical asistat nu există perioadă de așteptare.
- (7) Prestațiile medicale ce constau în transport medical asistat efectuate pe durata sarcinii și în legătură cu aceasta precum și cele aferente nașterii sau în legătură cu aceasta nu sunt acoperite prin asigurare în cadrul Transportului medical asistat.

3.3. Indemnizația pentru spitalizare

- (1) În cazul spitalizării Asiguratului, se vor acoperi prin asigurare costurile aferente spitalizării în limita a maxim 5.000 euro/eveniment, echivalent lei la data plății, pentru o perioadă maximă de 70 de zile de spitalizare pe an de asigurare pentru fiecare asigurat; acoperirea prin **Indemnizația pentru spitalizare** încetează la atingerea oricăreia dintre aceste limite.
- (2) În cazul **Indemnizației pentru spitalizare** ziua de spitalizare este considerată ca fiind perioada continuă de spitalizare a Asiguratului ce include cel puțin o noapte de ședere. Asiguratorul va achita Asiguratului costurile aferente spitalizării în limita a 70 zile spitalizare/ an și în limita sumei asigurate Lei/an/Asigurat astfel:

- în cazul spitalizării Asiguratului în cadrul unui furnizor privat de servicii medicale din afara rețelei Mediqa Net sau în cadrul rețelei Mediqa Net fără a fi autorizat serviciul prin Call Center, Asiguratorul îi va achita Asiguratului o indemnizație egală cu contravaloarea costurilor achitate de acesta furnizorului privat de servicii medicale limita maximă acoperită;
- în cazul spitalizării Asiguratului în cadrul furnizorului de servicii medicale din cadrul rețelei Mediqa Net cu condiția autorizării serviciului prin Call Center, Asiguratorul va achita direct furnizorului serviciile medicale efectuate, urmând ca Asiguratul să achite direct furnizorului de servicii medicale, dacă este cazul, valoarea ce depășește limita maximă acoperită;
- în cazul spitalizării Asiguratului în cadrul unui furnizor de stat de servicii medicale, Asiguratorul îi va achita Asiguratului o indemnizație de 50 Lei/zi pentru un maxim 70 de zile; suplimentar, Asiguratorul va achita Asiguratului contravaloarea costurilor serviciilor medicale neacoperite de către sistemul public de sănătate aferente spitalizării și pentru care Asiguratul a achitat furnizorului public de servicii medicale costul acestora în baza unei facturi.

(3) Asiguratului îi vor fi achitate costurile aferente spitalizării pentru primele 70 de zile de spitalizare înregistrate într-un an de asigurare neexistând posibilitatea ca Asiguratul să selecteze zilele de spitalizare pentru care dorește să solicite indemnizația, în situația în care acesta a fost spitalizat mai mult de 70 de zile.

(4) Asiguratului îi vor fi achitate costurile aferente spitalizării numai după perioada de spitalizare a acestuia în baza documentelor medicale puse la dispoziția Asiguratorului de către acesta, cu respectarea prevederilor articolului 4 de mai jos.

(5) Asiguratului îi va fi achitată indemnizația pentru spitalizare în funcție de subgrupul din care face parte respectiv ținând cont de acoperirea de care beneficiază.

(6) În cazul spitalizării, înainte de efectuarea acesteia, Asiguratul va aproba acoperirea prin asigurare prin Indemnizația pentru spitalizare doar în baza documentelor medicale care justifică necesitatea medicală a spitalizării (recomandarea medicului specialist, bilete de trimitere, documente referitoare la istoricul medical al Asiguratului și orice alte documente necesare Asiguratorului pentru stabilirea obligației sale de plată).

(7) Spitalizările efectuate pe durata sarcinii și în legătură cu aceasta precum și cele aferente nașterii sau în legătură cu aceasta nu sunt acoperite prin asigurare în cadrul Indemnizației pentru spitalizare. Exista modul separat de monitorizare sarcina și de indemnizație de naștere.

(8) În cazul Indemnizației pentru spitalizare nu există perioadă de așteptare.

3.4. Monitorizare sarcina

Prestațiile medicale acoperite de Planul de asigurare al Contractantului și de care beneficiază Asigurații, în funcție de subgrupul din care fac parte aceștia, în legătură cu monitorizarea sarcinii sunt menționate în Propunerea Tehnică - "Anexa 1". Prestațiile medicale aferente monitorizării sarcinii vor fi furnizate doar în regim ambulatoriu în instituții medicale de stat sau private din România, ce pot să nu facă parte din Mediqa Net.

Asiguratorul oferă protecție prin asigurare în legătură cu monitorizarea sarcinii doar o singură dată pe an de asigurare (o singură sarcină) și numai în cazul prestațiilor medicale menționate în Propunerea Tehnică - "Anexa 1" atașată contractului de asigurare, dacă sunt efectuate la unul dintre furnizorii de servicii medicale menționați în Lista furnizorilor eligibili de servicii medicale atașată prezentului contract și numai dacă acestea sunt autorizate și programate prin intermediul serviciului de Call Center al Asiguratorului.

(1) În cadrul rețelei Mediqa Net Asiguratorul acoperă 100% din valoarea prestațiilor medicale legate de monitorizarea sarcinii, acesta achitând direct furnizorului de servicii medicale 100% din valoarea totală a prestațiilor medicale efectuate legate de monitorizarea sarcinii.

(2) În afara rețelei Mediqa Net, doar în cazul accesării unor furnizori de servicii medicale din România, Asiguratorul va rambursa Asiguratului, 100% din valoarea facturii eliberată de furnizor aferentă prestațiilor medicale în legătură cu monitorizarea sarcinii. În această situație nu este necesară autorizarea și programarea prestațiilor medicale prin intermediul serviciului de Call Center al Asiguratorului.

- (3) În cazul Monitorizării sarcinii nu există perioadă de așteptare.

3.5 Indemnizație de naștere

- (1) Indemnizația pentru naștere se acordă în cuantumul de 1.000euro / eveniment , echivalent în lei de data plății.
- (2) Acordarea indemnizației în cuantum de 1000 Euro/eveniment), echivalent în lei la data plății, în cazul în care salariața naște într-un spital de stat, cu acoperire din prima lună de la data includerii în asigurare a asiguratei respective.
- (3) Se acordă o singură indemnizație indiferent de numărul nou-născuților.
- (4) În cazul în care nașterea are loc la un furnizor privat de servicii medicale, se acordă minimum dintre valoarea facturii și valoarea indemnizației.
- (5) În cazul în care nașterea are loc la un furnizor public (de stat) se acordă valoarea indemnizației.
- (6) Pentru această prestație medicală nu există o perioadă de așteptare .
- (7)

3.6. Tratamentele stomatologice

Prestațiile medicale stomatologice acoperite de Planul de asigurare al Contractantului sunt menționate în Propunerea Tehnică - "Anexa 1" atașată contractului de asigurare.

- (1) Asigurătorul oferă protecție prin asigurare numai în cazul prestațiilor medicale stomatologice menționate în Lista serviciilor medicale acoperite atașată contractului de asigurare conform Propunerea Tehnică - "Anexa 1", în limitele (după caz) menționate pentru fiecare prestație medicală în parte.

Asigurătorul oferă protecție prin asigurare în cazul prestațiilor medicale stomatologice numai dacă sunt necesare din punct de vedere medical, sunt menționate în Propunerea Tehnică - "Anexa 1" atașată contractului de asigurare, în limitele (după caz) menționate pentru fiecare prestație medicală în parte, dacă sunt recomandate de către un medic stomatolog.

- (2) În cazul efectuării unor prestații medicale stomatologice Asiguratul va trimite Asigurătorului formularul completat de către acesta împreună cu medicul stomatolog, dovada achitării prestațiilor medicale (în original) împreună cu toate documentele solicitate de către Asigurător și menționate, în vederea rambursării costurilor legate de prestațiile stomatologice.

- (3) Doar în cazul accesării unor furnizori de servicii medicale din România, Asigurătorul va rambursa Asiguratului maxim 100% din costurile prestațiilor medicale stomatologice și numai pentru prestațiilor medicale stomatologice necesare și cuprinse în Propunerea Tehnică - "Anexa 1" atașată contractului de asigurare.

- (4) În cazul Tratatelor stomatologice nu există perioadă de așteptare.

4. DOCUMENTE NECESARE ÎN VEDEREA STABILIRII OBLIGAȚIEI DE PLATĂ

- (1) Pentru prestații medicale a căror plată nu este efectuată direct furnizorului de servicii medicale de (se solicită o indemnizație sau rambursarea cheltuielilor) efectuate în conformitate cu prezenta poliță de asigurare, Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului copii ale următoarelor documente:

- Factura și dovada achitării prestațiilor medicale pentru toate prestațiile medicale efectuate;
- Formularul de solicitare a indemnizației de asigurare/ de rambursare completat de Asigurat;
- Lista cu prestațiile medicale efectuate cu prețul corespunzător fiecărei prestații medicale în parte și data efectuării fiecărui serviciu medical;
- Biletul de externare din spital;
- Biletul de trimitere/Scrisoarea medicală emisă de către medicul care a recomandat serviciile medicale;
- Copie buletin Asigurat;
- Dovada deținerii contului bancar de către Asigurat (extras de cont);

- Alte documente solicitate de către Asigurat

(2) Toate documentele vor fi transmise de către Asigurat fie la sediul central OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP – Asigurări de Sănătate din Aleea Alexandru Nr. 51, Sector 1, Bucuresti, fie prin email la adresa: rambursare@suportsanatate.ro

Cu excepția formularului de solicitare a indemnizației de asigurare/ de rambursare completat, care trebuie transmis în original în toate cazurile, Asiguratul are opțiunea de a transmite toate documentele în format electronic (scanate) pe email la adresa: rambursare@suportsanatate.ro. În cazul documentelor în original transmise împreună cu formularul de solicitare a indemnizației de asigurare/ de rambursare, acestea vor fi returnate Asiguratului de către Asigurat

(3) Solicitarea rambursării cheltuielilor/plății indemnizației trebuie transmisă Asiguratului în decursul a maxim 30 de zile de la data efectuării serviciilor a căror rambursare se solicită/pentru care se solicită indemnizație. Asiguratul are dreptul de a refuza plata în cazul în care, ca urmare a depășirii intervalului de timp anterior menționat, acesta nu poate finaliza evaluarea solicitării.

(4) Plata oricăror sume către Asigurat conform prezentului contract se va face prin transfer bancar, în lei, în România; Asiguratului îi vor fi achitate sumele datorate în contul furnizat de acesta în termen de maxim 14 zile de la data la care Asiguratul primește de la Asigurat ultimul document solicitat în vederea stabilirii obligației de plată.

(5) În cazul în care prestațiile medicale au fost achitate de către Asigurat în altă monedă decât Lei, pentru rambursare/plata indemnizației se va folosi ca etalon cursul de schimb al BNR valabil pentru moneda respectivă la data emiterii facturii pentru serviciile medicale.

5. LISTA SERVICIILOR MEDICALE ACOPERITE

Asiguratul acoperă serviciile medicale minim solicitate de achizitor și oferite de operatorul economic conform Propunerii Tehnice - Anexa Nr. 1

6. EXCLUDERI

Limitele de răspundere ale Asiguratului/Excluderi

Obligația Asiguratului în ceea ce privește acoperirea riscului îmbolnăvirii Asiguraților (protecția prin asigurare) ca urmare a unei boli, tulburări, vătămări corporale sau accident este limitată. Asiguratul nu își asumă răspunderea cu privire la acoperirea riscului de îmbolnăvire (protecția prin asigurare) pentru:

1. urmările evenimentelor de război sau asemănătoare războiului, participarea la serviciul militar inclusiv la misiuni militare de pace în afara României;
2. consecințele atacurilor teroriste, a tulburărilor, a revoltelor, răzmerițelor sau a circumstanțelor excepționale;
3. consecințele radiațiilor nucleare, ale fuziunii, fisiunii și accelerării particulelor;
4. consecințele acțiunilor intenționate (premeditate) ale persoanelor asigurate;
5. obținerea prin mijloace frauduloase a beneficiilor asigurării, respectiv inducerea în eroare intenționată a Asiguratului;
6. săvârșirea, încercarea de a săvârși, precum și participarea Asiguratului la săvârșirea a unei fapte penale prevăzute de lege;
7. consecințele consumului de alcool, droguri, alte substanțe toxice, precum și a metodelor de dezintoxicare, inclusiv urmările acestora;
8. medicina experimentală, inclusiv urmările acesteia;
9. participarea ca subiect la studii medicale, chimice, cercetări științifice legate de sănătate chiar dacă nu sunt declarate astfel, inclusiv urmările acestora;
10. autotratare/automedicație, inclusiv urmările acesteia;
11. servicii medicale care nu sunt necesare din punct de vedere medical;

12. servicii medicale medicale care sunt consecințele unu tratament prescris și neurnat de către un Asigurat;
13. servicii medicale efectuate Asiguratului de către soți, părinți sau copii;
14. servicii medicale efectuate Asiguratului de către o persoană care nu este licențiată să practice medicina;
15. tentative de sinucidere, inclusiv urmările acestora;
16. proteze ale corpului existente în momentul încheierii contractului, inclusiv înlocuirea lor și urmările lor secundare/îmbolnăvirile secundare;
17. servicii medicale de chirurgie estetică sau orice tratament efectuat din motive estetice, inclusiv urmările lor;
18. servicii medicale pentru dorința de a avea copii pentru fertilitate sau împotriva sterilității inclusiv servicii medicale pentru sarcinile oprite în evoluție existente în istoricul medical al Asiguratei contracepție, avort voluntar, inclusiv urmările acestora;
19. schimbările sexului, inclusiv urmările acestora;
20. tuberculoza, infecția HIV, SIDA, inclusiv urmările acestora directe sau indirecte;
21. îmbolnăvirile psihice, psihiatrice sau tulburările de comportament, inclusiv urmările acestora, tratamentele sau serviciile medicale psihologice, cu excepția consultațiilor de psihiatrie și consultațiilor de psihologie, consiliere psihologica care pot fi efectuate, servicii medicale medico-dentare, inclusiv ortodonție, inclusiv urmările acestora, cu excepția planului de asigurare;
22. emiterea oricăror documente medicale care nu sunt destinate diagnosticării/tratării unei boli, tulburări sau vătămări corporale;
23. epidemiilor, pandemiilor recunoscute de către autoritățile competente;
24. servicii medicale prestate pe perioada spitalizării cu excepția cazului în care planul de asigurare prevede în mod explicit acest lucru;
25. spitalizarea în cadrul următoarelor instituții medicale: spitale de geriatrie și gerontologie, centre de convalescență, centre respectiv secții ale spitalelor care furnizează Tratamente de recuperare balneo-kineto-terapeutică sau recuperare medicală, secțiile de recuperare medicală ale spitalelor clinice, azile, centre de reabilitare, centrele care oferă asistență la domiciliu, spitale de psihiatrie sau secții de psihiatrie ale spitalelor și instituții medicale destinate tratării dependențelor;
26. dispozitive medicale utilizate sau recomandate în timpul spitalizării, dispozitive medicale, medicamente sau substanțe utilizate sau recomandate pe durata efectuării serviciilor medicale în regim ambulatoriu (cu excepția substanței de contrast aferentă investigațiilor);
27. servicii medicale de recuperare medicală (inclusiv kinetoterapie și balneofiziokinetoterapie) cu excepția procedurilor de recuperare medicală care pot fi efectuate în limita a 40 proceduri pe an pe asigurat și a consultațiilor la specialitatea recuperare medicală;
28. servicii medicale de și biologie moleculară;
29. servicii medicale de nutriție cu excepția consultațiilor de nutriție care pot fi efectuate
30. servicii medicale de corecție a vederii (cum ar fi, dar fără a se limita la intervenții chirurgicale de corecție a vederii, intervenții laser de corecție a vederii);
31. servicii medicale prestate în afara locației Furnizorilor de Servicii Medicale, cu excepția celor aferente planului Transportului medical asistat;
32. efectuarea oricăror servicii medicale în absența Asiguratului (telemedicină, interpretare analize, consult la distanță, consult pe internet etc.);
33. servicii de logopedie cu excepția consultațiilor de logopedie, medicina alternativă sau neconvențională (cum ar fi, dar fără a se limita la: acupunctură, , fitoterapie, medicina hiperbară); servicii de terapia durerii;
34. servicii medicale de medicina muncii;
35. servicii medicale în legătură cu monitorizarea sarcinii și nașterii, cu excepția celor aferente planului de Monitorizare sarcină, respectiv planului Naștere;

36. servicii medicale speciale de imagistică: PET-CT (tomografie cu emisie pozitronică)

7. PARAMETRII TEHNICI AI POLIȚEI DE ASIGURARE

- (1) Vârsta minimă de acceptare a unei persoane în calitate de Asigurat este de 15 ani.
- (2) Vârsta maximă de acceptare a unei persoane în calitate de Asigurat este de 69 ani.
- (3) Vârsta maximă în cazul reinnoirii Politei (perioada de asigurare continuă) este de 69 ani.
- (4) Prima de asigurare aferentă contractului a fost calculată luând în considerare structura grupului (vârstă și sex) pusă la dispoziție în momentul solicitării ofertei.
- (5) Oferta de asigurare a fost calculată luând în calcul următoarea structură a grupului:

Vârsta (ani)	Femei	Barbati
25-29	2	3
30-34	7	8
35-39	18	9
40-44	17	21
45-49	17	18
50-54	14	15
55-59	13	21
60-64	5	20
65-69	1	5