

Termeni și condiții generale pentru asigurări individuale de sănătate

Capitolul I. Termeni și definiții

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.

Acoperirea asigurării: Acoperirea acordată de Asigurător conform contractului de asigurare.

Afecțiune: Orice semn și/ sau simptom care indică o schimbare negativă în starea de sănătate.

Afecțiune preexistentă: orice boală, afecțiune și/ sau vătămare corporală existentă înaintea intrării în asigurare.

An de asigurare: Douăsprezece luni consecutive de asigurare de la începerea asigurării.

Asigurat: O persoană fizică care își are domiciliul pe teritoriul României și care are dreptul la beneficiile asigurării indicate în contractul de asigurare.

Asigurător: SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A., o persoană juridică română, autorizată să desfășoare activități de asigurări de sănătate.

Beneficiile asigurării: Plățile efectuate de Asigurător conform contractului de asigurare.

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

Call Center: Serviciul prin intermediul căruia pot fi solicitate informații privind contractul de asigurare și/ sau lista furnizorilor de servicii medicale din rețea și prin intermediul căruia se pot face programări.

Condițiile de asigurare a produsului: Secțiunea scrisă a documentelor contractului de asigurare care suplimentează și clarifică sau modifică Termenii și Condițiile Generale de Asigurare pentru asigurarea de grup.

Contractul de asigurare: Toate documentele și informațiile care reglementează relația dintre Asigurător, titularul poliței de asigurare și persoana asigurată și drepturile și obligațiile fiecăruia. Contractul de asigurare este compus din: Oferta de Asigurare, Polița de Asigurare, Termenii și Condițiile Generale de Asigurare Individuală, Condițiile Speciale ale Produsului de Asigurare și, acolo unde este cazul, Nota de Acoperire sau oricare alt document agreat între părți.

Control medical preventiv: Serviciile medicale care constau într-o consultație clinică de medicină generală sau medicină internă sau pediatrie și investigații medicale pe care persoana asigurată are dreptul să le efectueze o dată la 12 luni cu o programare făcută sau notificată la Call Center.

Contractant: Persoană fizică sau juridică ce încheie, în numele Asiguratului, contractul de

asigurare cu Asigurătorul și care poartă responsabilitatea cu privire la plata primei de asigurare.

Dispozitiv medical: Orice instrument, aparat, echipament, software, utilizat separat sau în combinație, destinat de către producător a fi folosit pentru om în scop de:

- Tratament în regim de spitalizare al unei afecțiuni,
- Tratamentul în regim de spitalizare al unei patologii chirurgicale,
- Înlocuire sau modificare a anatomiei sau a unui proces fiziologic în scop terapeutic (aici ar intra protezele folosite în ortopedie);

Diagnostic: Identificarea naturii afecțiunilor sau a altor probleme de sănătate prin examinarea simptomelor sau procedurile efectuate de furnizorul de servicii medicale care sunt folosite pentru examinarea medicală.

Cardul Easy Pay: Un instrument financiar (card preplătit) care poate fi folosit pentru plăți în afara rețelei Mediqa Net pentru a nu achita din surse proprii.

Evaluarea riscurilor care vor fi asumate: Procedura prin intermediul careia Asigurătorul verifică, dacă și unde este aplicabil, condițiile în care va prelua în asigurare viitoarea Persoana Asigurată. Printre mulți factori, vârsta, ocupația și starea de sănătate vor fi luate în considerare. Pe lângă informațiile furnizate de titularul poliței și de persoana asigurată în oferta de asigurare, Asigurătorul poate solicita informații suplimentare în scris sau printr-un interviu telefonic (numit Tele Underwriting) și poate solicita documente din partea persoanei asigurate, a doctorilor și/ sau a personalului medical și/ sau a instituțiilor medical.

Eveniment asigurat: Serviciile medicale furnizate ca rezultat al bolii, afecțiunii, vătămării corporale sau ca și consecințe ale unui accident precum și serviciile medicale datorate sarcinii și/ sau nașterii, controlului medical anual doar în măsura în care contractul de asigurare conține aceste servicii medicale specifice.

Eveniment asigurat în desfășurare: Evenimentul asigurat al cărui început este deja stabilit sau care a început deja și nu s-a sfârșit încă.

Furnizorul de servicii medicale: Oricare doctor și/ sau personal medical și/ sau instituție medicală autorizată de autoritățile competente și acreditată să furnizeze servicii medicale în baza cunoștințelor medicale universale și care acționează în scopul acelei acreditări.

Franșiză (Contribuția Asiguratului): Valoarea serviciilor medicale care revin în sarcina Asiguratului și care nu sunt decontate/ rambursate de către

Asigurător, din totalul costurilor cu servicii medicale acoperite.

Indemnizație: Suma care urmează să fie achitată, dacă este acoperită, persoanei asigurate de către Asigurător pentru un eveniment asigurat.

Inflație medicală: Creșterea costurilor în sectorul medical.

Intermediar: Persoana fizică sau juridică ce intermediază contractul de asigurare dintre Contractant/ Asigurat și Asigurător.

Începutul asigurării: Data specificată în polița de asigurare de la care Asiguratul are obligația de a plăti prima de asigurare și de la care începe contractul de asigurare.

Începerea tratamentului: Momentul în care ajutorul medical este folosit pentru prima dată ca rezultat al bolii, afecțiunii sau vătămării corporale.

Încheierea contractului de asigurare: Data la care ambele părți ale contractului de asigurare au agreeat contractul de asigurare.

Luna de asigurare: Intervalul de timp scurs între ziua de începere a acoperirii oferite de asigurare din luna curentă și ziua anterioară perioadei de începere a acoperirii oferite de asigurare din următoarea lună.

Medicină alternativă sau neconvențională: Oricare servicii medicale care nu sunt incluse în practica medicală general acceptată sau care nu sunt studiate în universitățile de medicină recunoscute de stat sau instituții educaționale similare sau care sunt în așteptarea recunoașterii oficiale de către autoritățile statului. Medicina alternativă sau neconvențională este folosită ca tratament adjuvant sau poate înlocui terapia clasică.

Medicină experimentală: Oricare servicii medicale care nu sunt acceptate în practica medicală general acceptată sau care nu sunt studiate în universitățile de medicină recunoscute de stat sau instituții educaționale similare sau care sunt în așteptarea recunoașterii oficiale de autoritățile statului sau care sunt în faza de încercare.

Monitorizarea sarcinii: Consultații, investigații și teste de laborator efectuate în regim ambulatoriu (fără spitalizare) în timpul sarcinii și în legătură cu aceasta, pentru a urmări evoluția sa.

Diagnosticul de sarcină se confirmă prin ecografie efectuată la medic ginecolog sau prin analize de laborator specifice.

Naștere: Toate serviciile medicale accesate de persoana asigurată la momentul nașterii indiferent de modul în care este făcută (prin naștere naturală, naștere prin cezariană) și indiferent de numărul nou-născuților.

Notă de acoperire: Un document emis de brokerul de asigurare, care oferă acoperire temporară prin asigurare până la decizia finală a Asigurătorului privind încheierea contractului de asigurare.

Oferta de asigurare: Documentul prin care Asigurătorul oferă informații relevante care sunt importante în scopul evaluării riscului asumat prin asigurare și/ sau al emiterii poliței de asigurare. Oferta de asigurare va fi trimisă titularului desemnat al poliței împreună cu Termenii și Condițiile Generale de Asigurarea Individuală, dar și Condițiile Speciale ale Produsului de Asigurare.

Planul de asigurare de sănătate principal: Se poate încheia doar un plan principal de asigurare de sănătate. Suma suplimentară asigurată cu un alt plan de asigurare de sănătate principal și/sau suplimentar este posibilă.

Plan de asigurare de sănătate suplimentar: Nu se poate încheia doar un plan de asigurare de sănătate suplimentar. Este necesară asigurarea cu un plan de asigurare de sănătate principal.

Perioada de așteptare: Perioada de la începutul asigurării când există obligația de a plăti primele de asigurare dar Asigurătorul nu acoperă evenimentul asigurat și nu se plătesc beneficiile asigurării.

Polița de Asigurare: Documentul scris emis de Asigurător, care dovedește încheierea contractului de asigurare între titularul poliței și Asigurător. Polița de asigurare va fi trimisă titularului poliței împreună cu alte prevederi speciale convenite de părți, acolo unde este cazul.

Prima de Asigurare: O sumă pe care titularul poliței trebuie să o achite Asigurătorului într-o perioadă de timp indicată pentru acoperirea oferită de asigurare, indicată în contractul de asigurare.

Produs de asigurare: Beneficiile asigurării acoperite ca urmare a unui eveniment asigurat în limitele contractului de asigurare.

Rata de daună: Procentul costurilor privind daunele plătite față de primele de asigurare încasate.

Rețeaua de furnizori de servicii medicale: Furnizorul de servicii medicale care colaborează cu Asigurătorul în vederea decontării directe a Serviciilor Medicale (Mediqa Net).

Serviciile medicale incluse în ambulatoriu: Toate serviciile medicale care sunt necesare din punct de vedere medical pentru tratamentele bolilor, afecțiunilor și vătămărilor corporale care nu necesită spitalizarea persoanei asigurate.

Serviciile medicale incluse în spitalizare: Toate serviciile medicale care sunt necesare din punct de vedere medical pentru tratamentele bolilor, afecțiunilor și vătămărilor corporale care necesită cel puțin o noapte de spitalizare a persoanei asigurate.

Signal Care Assistant (SCA): Aplicația digitală care acordă persoanei asigurate acces la serviciile facilitate de polița de asigurare SIGNAL IDUNA valabilă. Utilizatorul poate gestiona polițele, documentele și rambursările, programările și localiza cele mai apropiate clinici din rețeaua națională Mediqa Net, cu ajutorul unei hărți interactive.

Spital: O instituție medicală autorizată de autoritățile competente și acreditată să ofere servicii medicale conform cunoștințelor medicale și care acționează în virtutea acestei acreditări.

Spitalizare: Perioada de internare în care persoana asigurată a efectuat un tratament în spital. Aceasta reprezintă perioada între internare și externare, așa cum este indicat în biletul de externare emis de spital și în dosarul medical personal.

Spitalizare de zi: Servicii medicale efectuate în regim de internare cu durata de maxim 12 ore în cadrul unui furnizor de servicii medicale fără a fi nevoie de a rămâne peste noapte.

Telemedicină: Furnizarea la distanță a serviciilor medicale, prin intermediul mediilor interactive audio-video, în scopul efectuării consulturilor și al

monitorizării proceselor și a examenilor de specialitate, precum și a furnizării serviciilor de informare și educație medicală.

Terminarea asigurării: O dată indicată în Polița de asigurare de la care se termină contractul de asigurare și acoperirea prin asigurare.

Titularul poliței: O persoană fizică sau juridică care încheie un contract de asigurare cu Asigurătorul și se angajează să achite primele de asigurare. În cazul persoanelor fizice, titularul poliței poate fi în același timp persoana asigurată.

Tratament: Toate serviciile medicale folosite pentru a evalua, diagnostica și/ sau trata boala, afecțiunea, vătămarea corporală sau consecințele unui accident.

Tratamentul necesar din punct de vedere medical: Un tratament este necesar din punct de vedere medical dacă acesta este justificat în conformitate cu rezultatele obiective ale consultațiilor medicale și cunoștințelor științifice. Asigurătorul are dreptul de a analiza și a stabili (conform cunoștințelor medicale universale) dacă tratamentul este necesar din punct de vedere medical. Echipa medicală a Asigurătorului va evalua recomandările medicale în conformitate cu protocoalele medicale în vigoare și cu prevederile legale în vigoare referitoare la protecția datelor personale pentru încadrarea lor, în acoperirile sau excluderile contractuale.

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 precum și îmbunătățirea calității vieții în cazul bolilor grave, complexe.

Tratamentul profilactic: Orice formă de măsură/ tratament luat în scopul de a menține starea de sănătate și/ sau de a împiedica răspândirea bolii.

Vătămare corporală: Orice modificare morfologică a țesutului, organului și a sistemului sau a întregului organism.

Capitolul II. Reglementări generale

Articolul 1. Scopul asigurării

(1) De-a lungul contractului de asigurare, titularul poliței este obligat să achite prima de asigurare către Asigurător, iar Asigurătorul este obligat în cazul în care evenimentul asigurat are loc, să achite către furnizorul de servicii medicale sau către persoana asigurată (doar dacă nu este indicat altfel în condițiile produsului de asigurare) conform reglementărilor stipulate în prezentul contract de asigurare, beneficiile din asigurare oferite efectiv și acoperite de produsul de asigurare sau orice altă indemnizație către persoana asigurată.

Articolul 2. Obiectul și scopul acoperirii prin asigurare

(1) Asigurătorul oferă acoperirea prin asigurare doar pentru costurile aferente tratamentului medical necesar pentru boli, afecțiuni sau vătămări corporale în limitele indicate în contractul de asigurare. Scopul acoperirii prin asigurare rezultă din Oferta de Asigurare, Polița de Asigurare, Termenii și Condițiile Generale de Asigurare pentru asigurarea individuală,

Condițiile Produsului de asigurare și, dacă este cazul, Nota de Acoperire, dar și clauzele speciale și înțelegerile scrise convenite de părți.

Articolul 3. Teritorialitate

(1) Acoperirea prin asigurare este limitată la beneficiile din asigurare efectuate pe teritoriul României, doar dacă nu este indicat altfel în condițiile produsului de asigurare.

Capitolul III. Reglementări premergătoare încheierii contractului de asigurare

Articolul 4. Obligațiile titularului poliței

(1) Înaintea de încheierea contractului de asigurare, Asigurătorul evaluează riscul de a fi asigurat. În acest sens, titularul poliței și persoanele care vor fi asigurate trebuie să furnizeze Asigurătorului prin intermediul instrumentelor oferite de Asigurător toate circumstanțele cunoscute și care sunt sau pot fi esențiale pentru a încheia contractul de asigurare.

Acesta va trebui să se asigure în special ca răspunsurile la întrebările privind starea de sănătate ale viitoarei persoane asigurate sunt corecte și complete.

Atunci când titularul poliței are o îndoială privind relevanța unei informații/ circumstanțe, acesta o va comunica Asigurătorului care va aprecia relevanța sa.

(2) Obligațiile descrise la paragraful (1) sunt de asemenea valabile pentru perioada de timp dintre primirea ofertei de asigurare și emiterea poliței de asigurare. În cazul schimbărilor datelor indicate în oferta de asigurare, titularul poliței este obligat să notifice Asigurătorul în scris, în aceeași zi, privind aceste schimbări.

(3) Dacă titularul poliței nu-și respectă vreuna dintre obligațiile sale conform paragrafelor (1) și/ sau (2), Asigurătorul are dreptul ca în termen de 45 de zile calendaristice de la confirmarea acestei încălcări, să rezilieze contractul de asigurare cu o notificare scrisă a rezilierii contractului de asigurare, fără nicio altă formalitate și fără intervenția anterioară a instanței sau îi poate propune titularului poliței o ofertă pentru continuarea contractului de asigurare conform condițiilor de asigurare schimbate.

Dacă noua ofertă de asigurare referitoare la continuarea contractului de asigurare este acceptată și toate condițiile indicate în oferta de asigurare sunt îndeplinite, atunci contractul de asigurare poate continua în condițiile indicate în oferta de asigurare. Dacă noua ofertă de asigurare referitoare la continuarea contractului de asigurare nu este acceptată în termen de 14 zile calendaristice de la data trimiterii, atunci contractul de asigurare este reziliat de la data la care oferta de asigurare a fost emisă fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței.

(4) Dreptul Asigurătorului de a rezilia contractul de asigurare este exclus dacă circumstanțele care nu au fost corect și/ sau complet indicate, nu ar fi avut o influență asupra deciziei Asigurătorului de a încheia contractul de asigurare conform termenilor stabiliți anterior.

(5) Dacă Asigurătorul reziliază contractul de asigurare conform paragrafului (3), obligația de a

acoperi beneficiile din asigurare expiră în același timp. Dacă circumstanțele care nu au fost arătate sau indicate corect și/ sau complet de titularul poliței, conform paragrafelor (1) și/ sau (2), influențează producerea evenimentului asigurat și/ sau a acoperirii prin asigurare, Asigurătorul are dreptul de a nu plăti beneficiile asigurării.

(6) Paragraful (5) se aplică de asemenea în cazul în care Asigurătorul propune titularului poliței o nouă ofertă pentru continuarea contractului de asigurare în condițiile schimbate. În acest caz, Asigurătorul poate participa de bună voie la costurile suportate. În cazul în care noua ofertă de asigurare este acceptată și titularul poliței a agreeat plata voluntară de către Asigurător a serviciilor medicale prestate nejustificat, titularul poliței trebuie să achite restul sumei în termen de 14 zile calendaristice de la agreearea acesteia. În caz contrar, persoana asigurată nu are dreptul să mai obțină vreun beneficiu privind asigurarea conform contractului de asigurare, indiferent de plata primei.

(7) Obligațiile titularului poliței descrise în paragrafele anterioare sunt de asemenea valabile pentru persoana care va fi asigurată dacă acestea se referă la persoana sa și/ sau la copiii acestuia.

Capitolul IV. Reglementările de-a lungul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare

Articolul 5. Încheierea contractului de asigurare

(1) Contractul de asigurare este încheiat la data la care este emisă polița de asigurare.

(2) Dacă datele incluse în polița de asigurare nu coincid cu datele furnizate de titularul poliței și/ sau persoana asigurată din cadrul ofertei de asigurare (acoperirea prin asigurare, persoanele asigurate, prima de asigurare) și/ sau prevederile speciale listate, Asigurătorul este obligat să anunțe titularul poliței în scris privind aceste modificări ale poliței de asigurări.

(3) Titularul poliței poate rezilia contractul de asigurare fără nicio formalitate prealabilă și fără intervenția instanței printr-o notificare scrisă adresată Asigurătorului în termen de 20 de zile calendaristice după primirea poliței de asigurare, dacă modificările din oferta de asigurare nu au fost convenite de părți în timpul evaluării riscului de asigurare.

Contractul de asigurare se consideră reziliat de la data la care a fost încheiat. Dacă în conformitate cu paragraful (2), titularul poliței nu reziliază contractul de asigurare în termenul indicat mai sus, contractul de asigurare va fi valabil conform termenilor stabiliți inițial prin polița de asigurare.

(4) Dacă Asigurătorul nu-și va respecta obligația de notificare conform paragrafului (2), contractul de asigurare va fi stabilit conform prevederilor din oferta de asigurare.

(5) Vârsta maximă de acceptare a unei persoane drept persoană asigurată este de 60 de ani, doar dacă nu există prevederi contrare în condițiile produsului de asigurare. Vârsta maximă pentru continuarea contractului de asigurare este de 65 de ani.

Vârsta este determinată ca fiind vârsta împlinită de persoana asigurată la data începerii asigurării.

(6) Vârsta minimă de acceptare a unei persoane drept persoană asigurată este de 1 an, cu condiția ca o persoană adultă să aibă calitatea de titular.

Totusi, Titularul poliței poate asigura un copil sub 1 an dacă cel puțin un părinte și toți frații și surorile sub 18 ani vor fi, de asemenea, asigurați în cadrul aceleiași polițe.

Titularul poliței își poate asigura copilul nou-născut imediat după naștere conform prezentelor condiții, dacă cel puțin unul din părinți și eventualii frați și surori cu vârsta de până în 18 ani sunt asigurați de Asigurător de cel puțin trei luni (înaintea momentului în care nou-născutul va fi asigurat). Acoperirea prin asigurare a nou-născutului nu poate fi completată pentru un produs de asigurare mai amplu comparativ cu cel al părintelui. Dacă titularul poliței solicită în scris o nouă asigurare pentru nou-născut în termen de o luna după naștere, obligațiile conform articolului 4 (1) și (2) nu se vor aplica.

Articolul 6. Începerea acoperirii prin asigurare

(1) Acoperirea prin asigurare începe cu încheierea contractului de asigurare (emiterea poliței) de la data indicată în polița de asigurare (începerea asigurării), dar nu înainte ca perioada de așteptare să se termine.

(2) Pentru evenimentele asigurate care se produc înainte de încheierea contractului de asigurare sau evenimentele asigurate în desfășurare, Asigurătorul nu-și asumă nicio răspundere pentru acoperirea serviciilor lor medicale.

(3) În cazul unui broker de asigurare care intermediază contractul de asigurare, o notă de acoperire acordă persoanei ce va fi asigurată o acoperire provizorie prin asigurare până la decizia finală a Asigurătorului privind contractul de asigurare.

Articolul 7. Perioada de așteptare

(1) Perioada de așteptare intră în vigoare în prima zi a perioadei de începere a asigurării și se aplică fiecărei persoane asigurate.

(2) Perioada de așteptare este de 4 luni pentru serviciile medicale incluse în ambulatoriu și spitalizare.

(3) Perioada de așteptare este de 10 luni pentru serviciile privind monitorizarea sarcinii și nașterea.

(4) În cazul serviciilor medicale incluse în ambulatoriu sau spitalizare, cauzate de un accident, perioada de așteptare nu se aplică.

(5) În cazul în care persoana asigurată a beneficiat în trecut, în mod continuu, de o asigurare furnizată de Asigurător care a oferit serviciile medicale incluse în ambulatoriu sau spitalizare sau serviciile medicale privind monitorizarea sarcinii și naștere, perioada de așteptare care a trecut deja va fi dedusă din suma maximă de 4, respectiv 10 luni. Perioada de așteptare rămasă, dacă este cazul, va reprezenta perioada de așteptare valabilă pentru actuala perioadă de asigurare.

Articolul 8. Durata contractului de asigurare

(1) Durata contractului de asigurare este indicată în polița de asigurare.

Articolul 9. Calculul primelor de asigurare

(1) Prima de asigurare este stabilită după evaluarea riscului și depinde, în special, printre altele, de următorii factori:

- Produsul de asigurare;
- Vârsta persoanei asigurate;
- Frecvența plății primelor de asigurare;
- Starea de sănătate a persoanei propusă spre asigurare în momentul încheierii contractului de asigurare.

(2) În cazul contractelor de asigurare cu o durată de mai mult de un an, începând cu cel de-al doilea an de asigurare, prima de asigurare depinde de asemenea de următorii doi parametri:

- Inflația medicală: inflația medicală este determinată de doi factori: (a) creșterea prețului aferent serviciilor medicale și (b) dezvoltarea logistică medicală (atât cu privire la unitățile medicale cât și la tehnologie);
- Rata de daună: rata de daună este determinată de comportamentul portofoliului (conform produsului de asigurare) în ceea ce privește rata de folosire a serviciilor medicale. Parametrul privind rata de daună va fi calculat ca o ajustare a factorului de incidența utilizat în modelarea primei de asigurare.

Cei doi parametri menționați mai sus vor determina un factor de ajustare a primei de asigurare, respectiv un procent cu care va fi majorată prima de asigurare la aniversarea contractului de asigurare. Valoarea maximă a factorului de ajustare va fi comunicată prin website-ul Asigurătorului în fiecare an calendaristic și se va aplica pentru întregul portofoliu la data aniversării a contractului de asigurare, începând cu data menționată în comunicare.

Dacă titularul poliței nu este de acord cu ajustarea primei de asigurare, acesta poate rezilia contractul de asigurare în termen de 10 zile înainte de aniversarea poliței de asigurare.

Dacă titularul poliței nu trimite o notificare privind rezilierea contractului de asigurare, atunci se va considera că titularul poliței s-a familiarizat și a acceptat ajustarea primei de asigurare, dar și a modificării contractului de asigurare.

(3) De-a lungul anului de asigurare, ajustările primei de asigurare nu sunt posibile cu excepția cazurilor în care titularul poliței/ persoana asigurată și-a încălcat obligația indicată la Articolul 4, paragraful (1) și (2).

Articolul 10. Achitarea primelor de asigurare

(1) Prima de asigurare este anuală și se calculează de la data la care începe contractul de asigurare. Prima de asigurare se achită de-a lungul întregii perioade de executare a contractului de asigurare (același lucru se aplică și în cazul în care părți din contractul de asigurare sunt reziliate în timpul valabilității contractului de asigurare, oricare ar fi motivul).

(2) Frecvența plății primelor de asigurare pentru un an de asigurare poate fi anuală, bianuală, trimestrială sau lunară, conform opțiunii titularului poliței.

(3) Plata primelor de asigurare este efectuată prin transfer bancar în contul Asigurătorului, care va fi indicat în contractul de asigurare, dar și prin metoda disponibilă la intermediari.

(4) Prima de asigurare (sau plata inițială în cazul tranșelor anuale) trebuie achitată la data la care oferta de asigurare este emisă. Dacă după evaluarea riscului efectuată de Asigurător, prima de asigurare rezultată este mai mare decât cea plătită la semnarea ofertei de asigurare, titularul poliței trebuie să achite această diferență în termen de 14 zile calendaristice de la data la care Asigurătorul a notificat titularul poliței în acest sens. Dacă această diferență nu este achitată în termen de 14 zile calendaristice, prima de asigurare plătită la semnarea ofertei de asigurare va fi returnată, iar acoperirea de asigurare nu va putea începe.

Dacă Asigurătorul refuză acoperirea prin asigurare sau titularul poliței refuză prima de asigurare majorată, acoperirea prin asigurare nu va începe, iar prima de asigurare achitată la semnarea ofertei de asigurare va fi returnată.

(5) Dacă prima de asigurare este achitată în tranșe subanuale, următoarele tranșe din prima de asigurare după efectuarea primeia dintre ele, se vor face la datele indicate în polița de asigurare.

(6) Obligația de plată a primelor de asigurare aparține titularului poliței.

(7) Atât timp cât titularul poliței nu a plătit integral prima anuală sau prima inițială de asigurare, Asiguratul nu poate formula pretenții asupra Serviciilor Medicale prin asigurare.

(8) Dacă Titularul Poliței nu achită prima ulterioară în termen de două săptămâni de la data scadenței, acoperirea prin asigurare încetează în a 15-a zi de la data scadenței. Totuși, dacă titularul poliței achită în decursul următoarelor două săptămâni prima ulterioară, acesta are dreptul să emită pretenții privind plata Serviciilor Medicale prin asigurare începând cu data înregistrării în contul Asigurătorului a respectivei prime de asigurare. În cazul unor Evenimente asigurate care s-au produs între a 15-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.

(9) Dacă titularul poliței nu achită prima ulterioară în decursul a șase săptămâni de la data scadenței, prin derogare de la alineatul (8), Asigurătorul reziliază Contractul de plin drept, fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, retroactiv, din ziua până la care prima a fost plătită. În același moment încetează și obligația sa cu privire la plata Serviciilor Medicale.

(10) În conformitate cu prevederile alineatului (8) de mai sus, dacă Asigurătorul a achitat orice beneficiu din asigurare pentru evenimentele asigurate după ultima zi când prima de asigurare a fost achitată, Asigurătorul are dreptul de a solicita de la titularul poliței rambursarea sumei. Titularul poliței trebuie să achite suma datorată în termen de 14 zile calendaristice de la data la care primește o notificare privind suma datorată.

Capitolul V. Acoperirea prin asigurare

Articolul 11. Extinderea obligației de acoperire prin asigurare

(1) Acoperirea prin asigurare privind costul aferent serviciilor medicale este acordată pentru tratamente

necesare din punct de vedere medical ca urmare a unei boli, afecțiuni, vătămări corporale cauzate de un accident. Pentru tratamente necesare din punct de vedere medical privind sarcina și/ sau nașterea, dar și privind controlul anual preventiv, există de asemenea acoperire prin asigurare în măsura în care acest lucru este prevăzut și în limitele produsului de asigurare ales.

(2) Asigurătorul are dreptul de a analiza și stabili (conform cunoștințelor medicale universale) dacă tratamentul este necesar din punct de vedere medical.

(3) Titularul poliței/ persoana asigurată va fi responsabil cu dovedirea necesității medicale a tratamentului.

Articolul 12. Limitele răspunderii Asigurătorului/ excluderi

Răspunderea Asigurătorului pentru serviciile medicale ce urmează unui eveniment asigurat este limitată. Asigurătorul nu-și asumă răspunderea privind decontarea serviciilor medicale pentru:

(1) Evenimente ca războiul sau un eveniment asemănător războiului, participarea în serviciul militar, inclusiv misiunile militare de pace din afara României;

(2) Consecințele atacurilor teroriste, perturbărilor, insurecțiilor, grevelor sau stărilor de urgență declarate ca urmare a acestora;

(3) Consecințele radiațiilor nucleare, fisiunii și accelerării de particule;

(4) Consecințele cutremurelor, inundațiilor sau a altor dezastre naturale;

(5) Consecințele acțiunilor intenționate de autovătămare (premeditate) ale persoanelor Asigurate;

(6) Obținerea prin mijloace frauduloase a plăților asigurării, respectiv inducerea în eroare intenționată a Asigurătorului;

(7) Săvârșirea, tentativa de săvârșire și participarea persoanei asigurate la săvârșirea unei acțiuni penale care se pedepsește prin lege;

(8) Boli/ afecțiuni cauzate de consumul de alcool, droguri, alte substanțe toxice și metodele de detoxifiere, inclusiv Consecințele acestora;

(9) Medicina experimentală, inclusive consecințele acesteia;

(10) Medicina alternativă sau neconvențională (cum ar fi, dar fără a se limita la: acupunctură, homeopatie, fitoterapie, medicina hiperbară), servicii de logopedie; servicii de terapie durerii; medicină integrativă, medicină cuantică, ayurveda, iridologie, yoga, osteopatie, chiropractică, oncologie integrativă, medicină tradițională chineză, tratamente cu lumină artificială, vitaminoterapie, glutatation/ acid alfa lipoic/ seleniu, terapii de detoxifiere cu chelatori, tratamente electromagnetice, hidrocolonoterapie, ozonoterapie, inclusiv consecințele celor listate anterior, dacă nu se specifică altfel în condițiile de asigurare a produsului;

(11) Participarea ca subiect la studii medicale, chimice, cercetări științifice legate de sănătate chiar dacă nu sunt declarate astfel, inclusiv urmările acestora;

(12) Auto-tratamentul, auto-medicația, inclusiv Consecințele acestora;

(13) Servicii medicale care nu sunt necesare din punct de vedere medical;

(14) Servicii medicale privind controlul preventiv și screening-ul, dacă nu se specifică altfel în condițiile produsului de asigurare;

(15) Servicii Medicale care sunt consecințele unui Tratament prescris și neurnat de către un Asigurat;

(16) Servicii medicale efectuate asupra persoanei asigurate de către soț/ soție, părinți sau copii;

(17) Servicii medicale efectuate asupra persoanei asigurate de o persoană care nu este autorizată să practice Medicina;

(18) Tentative de suicid, inclusiv Consecințele acestuia;

(19) Proteze, dispozitive medicale implantabile sau terapeutic active ale corpului existente în momentul încheierii Contractului, inclusiv înlocuirea lor și urmările lor secundare/ îmbolnăvirile secundare;

(20) Servicii medicale de medicină estetică, intervenții chirurgicale estetice sau oricare serviciu medical acordat din motive estetice, inclusiv consecințele acestora, sau orice serviciu medical furnizat în cadrul unui furnizor medical specializat în servicii estetică;

(21) Servicii Medicale pentru dorința de a avea copii/ fertilitate, în vederea investigării sterilității și a infertilității, în vederea investigării sarcinilor oprite din evoluție, din istoric, servicii medicale efectuate în scopul efectuării procedurilor de reproducere umană asistată, precum și procedurile de reproducere umană asistată, preconcepție și screening preconcepțional, contracepție, avort voluntar, disfuncții sexuale, inclusiv urmările acestora. Orice servicii medicale efectuate în cadrul unui furnizor medical specializat în servicii de infertilitate, inseminare și fertilizare in vitro (FIV).

(22) Schimbările de sex, inclusiv Consecințele acestora;

(23) Tuberculoza, HIV, SIDA, inclusiv Consecințele acestora, directe și/ sau indirecte;

(24) Îmbolnăvirile mintale, psihice, psihiatrice și tulburările de comportament, inclusiv urmările acestora, Serviciile Medicale psihologice, evaluări psihologice, doar dacă nu este specificat altfel în condițiile produsului de asigurare;

(25) Servicii medicale privind afecțiunile/ bolile genetice, inclusiv analizele de genetică medicală;

(26) Servicii medicale privind corectarea dioptriilor (miopie, hipermetropie, dar fără a se limita la acestea);

(27) Servicii medicale stomatologice, inclusiv consecințele acestora, doar dacă nu este specificat altfel în condițiile produsului de asigurare;

(28) Serviciile medicale privind investigațiile imagistice speciale (PET-CT, angiograma de ex., dar fără a se limita la: coronografie, arteriografie), ecografie cu substanță de contrast);

(29) Emiterea oricărui document medical care nu are scopul de a diagnostica/ a trata o boală, afecțiune și/ sau vătămare corporală;

(30) Epidemie/ pandemie, stare de alerta epidemică/ pandemică confirmată de autoritățile competente, cu excepția situațiilor expres menționate în alte documente ale contractului de asigurare.

(31) Spitalizarea în cadrul următoarelor instituții medicale: spitalele de geriatrie și gerontologie, azilele de bătrâni, casele de odihnă, centrele de recuperare, reabilitare sau balneo-climaterice sau centrele de tratament kinetoterapeutic, secțiile de recuperare medicală ale spitalelor clinice, instituțiile destinate tratării bolilor psihice, inclusiv secțiile de psihiatrie ale spitalelor, instituțiile a căror destinație specifică este îngrijirea și tratarea dependențelor, doar dacă nu este specificat altfel în condițiile produsului de asigurare;

(32) Servicii medicale privind tratamentele paliative și/ sau profilactice, doar dacă nu este specificat altfel în condițiile produsului de asigurare;

(33) Servicii medicale efectuate în afara locației furnizorului de servicii medicale;

(34) Servicii medicale privind complicațiile în urma condițiilor/ tratamentelor excluse sau restrictive;

(35) Servicii medicale privind medicina muncii;

(36) Dispozitive medicale recomandate și utilizate în cadrul spitalizării, medicamente achiziționate de la farmacie sau alți furnizori diferiți de furnizorul de servicii medicale la care a fost spitalizată persoana asigurată și administrate în timpul spitalizării, dispozitive medicale, medicamente sau substanțe recomandate și folosite în ambulatoriu.

(37) Investigații medicale recomandate de medicul de familie sau medicul generalist în afara competenței medicale, așa cum sunt descrise în cadrul actelor normative.

(38) Asigurătorul își rezervă dreptul de a limita accesul la servicii medicale în cazul modificării/ evoluției tehnologiei medicale față de cea disponibilă la emiterea sau reînnoirea contractului de asigurare.

(39) Servicii medicale recomandate de medic, la cererea Asiguratului, fără necesitate medicală.

Articolul 13. Call Center

(1) Persoana asigurată va avea la dispoziție un serviciu pentru programări, informare și autorizarea serviciilor medicale. Serviciile menționate anterior pot fi solicitate doar telefonic.

(2) Programarea pentru serviciile medicale se poate face de asemenea direct la furnizorul de servicii medicale de către persoana asigurată sau prin folosirea aplicației Signal Care Assistant.

(3) Prin intermediul Call Center-ului nu se acordă sfaturi medicale. Asigurătorul nu poate fi răspunzător pentru orice declarație a Call Center-ului care poate fi interpretată de către Asigurat ca fiind sfat medical.

(4) Asigurații pot obține de la Call Center informații exacte despre Furnizorii de Servicii Medicale cu care colaborează Asigurătorul.

Capitolul VI. Producerea unui eveniment asigurat, plata beneficiilor din asigurare

Articolul 14. Reguli generale de plată a beneficiilor din asigurare

(1) Li se va solicita Titularului poliței și persoanei asigurate să furnizeze, la cererea Asigurătorului, orice informație și document necesar evaluării evenimentului asigurat, stării de sănătate sau obligației de plată a Asigurătorului și suma de achitat. Contractantul și/sau Asiguratul sunt obligați să furnizeze, la solicitarea Asigurătorului, orice

informație și documente necesare în vederea evaluării evenimentului asigurat, stării de sănătate sau a obligației de plată a Asigurătorului și a cuantumului sumei de plată. La solicitarea Asigurătorului, persoana asigurată trebuie să se supună unui control, unei investigații sau examinări medicale desfășurată de un medic numit de Asigurator și pe cheltuiala sa. Dacă titularul poliței/ persoana asigurată nu-și va onora aceste obligații, Asigurătorul nu poate fi forțat să achite beneficiile pentru asigurare.

(2) Asigurătorul are dreptul de a solicita medicilor, personalului medical și instituțiilor medicale documente privind starea de sănătate ale persoanei asigurate și toate datele medicale aferente evenimentului asigurat pentru evaluarea obligației sale de plată.

(3) Pe parcursul analizei unei solicitări de la un Asigurat, în scopul stabilirii acoperirii acestuia de către Produsul de asigurare (condiție preexistentă și/ sau investigarea necesității medicale), Asigurătorul are dreptul de a suspenda acoperirea prin asigurare pentru orice Servicii Medicale care au legătură cu respectiva solicitare.

(4) Consultațiile fără recomandarea scrisă a unui medic se pot programa în orice clinică din rețea sau în afara rețelei, cu următoarele condiții:

- Pentru două sau mai mult de două consultații în aceeași zi pentru una sau mai multe afecțiuni/ semne/ simptome este necesară programarea la un medic de medicină internă sau de medicină generală, cu excepția cazurilor în care există deja recomandări medicale pentru aceste consultații.
- Pentru mai mult de două consultații în decurs de două săptămâni, pentru aceleași afecțiuni/ semne/ simptome se va acoperi prin asigurare doar prima consultație de specialitate; orice alte consultații ulterioare pentru aceleași afecțiuni/ simptomatologie pot fi acoperite prin asigurare doar dacă sunt recomandate de către medicul care a efectuat prima consultație.

(5) La cerere, persoana asigurată poate obține accesul la toate documentele medicale păstrate de Asigurator pentru serviciile medicale efectuate prin produsul de asigurare. Tot la cerere, i se pot furniza fotocopii ale documentelor care servesc la stabilirea obligației de plată, motivul și valoarea acesteia, dacă acest lucru nu încalcă drepturile unui terț.

(6) Acoperirea prin asigurare va înceta, chiar și în cazul evenimentelor asigurate aflate în desfășurare, odată cu rezilierea contractului de asigurare (sau cu rezilierea părții din contractul de asigurare) doar dacă nu este specificat altfel în condițiile produsului de asigurare.

(7) Persoana asigurată 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.

(8) În cazul în care titularul poliței/ persoana asigurată nu este de acord cu refuzul acoperirii unui Serviciu Medical solicitat, el trebuie să notifice în scris Asigurătorul în legătură cu dezacordul său în decurs de o lună de la data la care Asigurătorul a

notificat Titularul poliței/persoana asigurată privind respingerea.

(9) Pretențiile cu privire la plățile Serviciilor Medicale nu pot fi cesionate sau gajate.

(10) Persoana asigurată trebuie să-i prezinte furnizorului de servicii medicale cartea sa de identitate (sau certificatul de naștere pentru minori) înainte de efectuarea oricărui serviciu medical.

Articolul 15. Plata beneficiilor din asigurare direct între Asigurător și furnizorul de servicii medicale din cadrul Mediqa Net

(1) Titularul poliței poate accesa pe site-ul web al Asigurătorului lista furnizorilor de servicii medicale din rețea care au încheiat contracte cu Asigurătorul. Plata directă dintre Asigurător și furnizorul de servicii medicale este valabilă doar dacă serviciile medicale sunt furnizate de furnizorii de servicii medicale agreați care sunt indicați și contractați de Asigurător.

(2) Lista furnizorilor de servicii medicale din rețea se poate schimba în orice moment de-a lungul valabilității contractului de asigurare. Persoana asigurată se poate informa personal în orice moment prin intermediul Call Center-ului sau pe site-ul Asigurătorului privind furnizorii de servicii medicale disponibili.

În cazul anumitor furnizori de servicii medicale este posibil ca anumite servicii medicale și/ sau medici să nu fie disponibili pentru decontare directă în cadrul rețelei de furnizori de servicii medicale.

(3) Persoana asigurată poate primi servicii medicale din partea furnizorilor de servicii medicale care au încheiat un contract cu Asigurătorul indiferent de locația acestora pe teritoriul României, doar dacă nu se specifică altfel în condițiile produsului de asigurare.

(4) În cazul în care s-au efectuat Servicii Medicale care nu sunt cuprinse în Produsul de asigurare, Furnizorul de Servicii Medicale va face decontarea acestora direct cu Asiguratul/ pacientul. În cazul în care Asigurătorul a achitat deja Furnizorului de Servicii Medicale Serviciile Medicale care sunt menționate în condițiile produsului de asigurare, dar care sunt nu acoperite, atunci titularul poliței este obligat să restituie Asigurătorului contravaloarea acestora în termen de 14 zile calendaristice de la data notificării împreună cu orice daune/ pierderi suferite de către Asigurător ca urmare a acestor Servicii Medicale. În cazul în care Titularul Poliței nu restituie suma datorată în termen de 14 zile calendaristice, Asigurătorul poate rezilia Contractul de asigurare sau partea Contractului aferentă Asiguratului fără nicio formalitate prealabilă și fără intervenția instanțelor de judecată.

(5) Serviciile medicale au nevoie de o aprobare prealabilă din partea Asigurătorului și trebuie solicitate de titularul poliței sau de persoana asigurată prin Call Center sau prin aplicația Signal Care Assistant, doar dacă nu este specificat altfel în condițiile produsului de asigurare. Dacă titularul poliței și/ sau persoana asigurată nu respectă aceste obligații, Asigurătorul nu-și asumă răspunderea de a deconta serviciile medicale. Aprobarea prealabilă a Asigurătorului nu exonerează titularul poliței și/ sau persoana asigurată de obligația sa de returnare a costurilor pentru serviciile medicale neacoperite în

cazul încălcării prevederilor contractului de asigurare.

(6) Titularul poliței și/ sau persoana asigurată va primi răspunsul (acceptul sau refuzul) privind acoperirea unui Serviciu Medical, prin telefon sau pe e-mail, ca regulă, în maxim două zile lucrătoare de la data solicitării acestuia, telefonic și/ sau email. 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, titularul poliței și/ sau persoana asigurată va primi 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 Asigurător.

(7) Asigurătorul garantează persoanei asigurate că serviciile medicale vor fi efectuate în cel mai scurt timp posibil de la aprobare, conform stipulărilor din condițiile produsului de asigurare, în limitele programărilor și disponibilității furnizorilor de servicii medicale și a preferinței persoanei asigurate.

(8) Dacă persoana asigurată nu poate respecta programarea pentru serviciile medicale făcută de Asigurător, aceasta trebuie să notifice acest lucru în Call Center cu cel puțin 24 de ore înainte de data programării. În caz contrar, titularul poliței va suporta orice cost suferit. Răspunderea titularul poliței privind aceste costuri nu va reprezenta o problemă dacă persoana asigurată nu onorează programarea din motive independente de voința sa.

(9) Răspunderea Asigurătorului în cazul unei decizii greșite conform paragrafului (6) este limitată la costurile aferente serviciului medical refuzat.

(10) În cazul în care planului Ambulatoriu i se aplică o franșiză, până la atingerea franșizei, plata beneficiilor prin asigurare nu se poate face direct între Asigurător și furnizorul de servicii medicale din cadrul Mediqa Net. În această situație, plata beneficiilor prin asigurare se poate face doar direct către persoana Asigurată până la atingerea sumei respective, menționată în polița de asigurare.

Articolul 16. Plata beneficiilor din asigurare direct între Asigurător și persoana asigurată

(1) Plata beneficiilor din asigurare în mod direct între Asigurător și persoana asigurată este efectuată în baza contractului de asigurare și a oricărui document solicitat de Asigurător în scopul stabilirii obligației de plată, în următoarele cazuri:

- Servicii medicale oferite în afara rețelei de furnizori de servicii medicale;
- Servicii medicale oferite în cadrul rețelei de furnizori de servicii medicale fără aprobarea prealabilă a Asigurătorului;
- Orice indemnizație acoperită de asigurare.

(2) Serviciile medicale vor fi rambursate persoanei asigurate conform procentului din valoarea facturii achitate, așa cum este stipulat în contract.

(3) Pentru a putea plăti beneficiile medicale/ indemnizația, titularul poliței și/ sau persoana asigurată trebuie să furnizeze Asigurătorului următoarele documente:

Tipul documentului	Explicații
Formularul de rambursare	Document prin care se solicită plata costurilor efectuate de către Asigurat. Acest document se va trimite pentru fiecare solicitare de rambursare.
Carte de identitate	Document obligatoriu doar pentru primul dosar de rambursare sau la schimbarea datelor personale. Copie act identitate Asigurat și copie act identitate persoană desemnată pentru încasarea sumelor datorate de Asigurator în baza asigurării.
Documente bancare	Document obligatoriu doar pentru primul dosar de rambursare sau la schimbarea datelor bancare. Dovada deținerii contului bancar în care se dorește efectuarea plății. Dovada deținerii contului bancar reprezintă un document care trebuie să conțină următoarele elemente: numele și prenumele Asiguratului, sucursala băncii și codul IBAN. Acesta poate fi un document eliberat de către bancă sau un printscreen din HomeBanking.
Documente medicale justificative	Toate documentele emise de către medicul curant/ instituția medicală prin care să se detalieze: motivul prezentării la medic, istoricul afecțiunii curente, diagnosticul complet (de exemplu: scrisoare medicală, bilet de trimitere, bilet ieșire din spital, rezultate investigații medicale).
Dovada de Plată	Toate documentele financiare emise de către instituția medicală care confirmă efectuarea plății și prin care să se evidențieze explicit costul fiecărui serviciu medical efectuat și achitat: bon fiscal, chitanță, ordin de plată și factură (în cazul în care aceasta a fost emisă de furnizor).

(4) SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. poate solicita documente suplimentare în funcție de complexitatea cazului medical și a

nivelului de informații regăsite în documentele obligatorii.

Tipul documentului	Explicații
Scrisoare medicală (formular tip al SIGNAL IDUNA)	În cazul în care documentele medicale justificative nu specifică clar motivele medicale ale recomandărilor medicului curant în urma consultului efectuat de către Asigurat, se va completa formularul Scrisoare Medicală.
Raportul de anamneză	În cazul în care informațiile medicale din cadrul documentelor medicale justificative nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii cu privire la necesitatea medicală a Asiguratului, se va completa formularul raport anamneza.
Raport financiar	În cazul în care dovada de plată sau informațiile financiare nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii, se va completa formularul raport financiar.
Alte documente	În cazul în care datorită specificului cazului sunt necesare și alte documente ele vor fi solicitate de Asigurator.

(5) Asiguratul are opțiunea de a trimite toate documentele în format electronic prin intermediul aplicației mobile Signal Care Assistant sau prin pagina [Notificare daună](#) accesând website-ul, www.signal-iduna.ro, secțiunea Utilitate sau direct accesând [link-ul](#). În anumite circumstanțe, Asiguratorul poate solicita depunerea documentelor referitoare la dosarul inițial de rambursare.

(6) Documentele la care se face referire la paragraful (3) de mai sus trebuie primite de Asigurator din partea persoanei asigurate în termen de 30 de zile calendaristice de la data serviciilor medicale pentru care se solicita rambursarea sau pentru care se pretinde o indemnizație.

Asiguratorul 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.

(7) Documentele într-o limbă străină vor fi însoțite de o traducere legalizată în limba română în original.

(8) SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. va rambursa Serviciile Medicale/ plăți indemnizația prin transfer bancar, în lei, în România, în contul furnizat de către Asigurat în maxim 20 zile calendaristice de la data la care SIGNAL IDUNA

ASIGURARE REASIGURARE S.A. primește de la Persoana Asigurată ultimul document solicitat în vederea stabilirii obligației de plată.

(9) În cazul în care serviciile medicale au fost achitate de către Persoana Asigurată 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..

(10) SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A. va achita Serviciile Medicale/indemnizația direct Asiguratului. În cazul Asiguraților cu vârsta până la 18 ani suma va fi achitată către tutorele legal.

(11) În cazul decesului Asiguratului Serviciile Medicale efectuate anterior sau indemnizația datorată vor fi achitate moștenitorilor legali.

Articolul 17. Plata beneficiilor din asigurare prin Cardul Easy Pay

(1) Plata beneficiilor din asigurare prin cardul Easy Pay este oferită în baza contractului de asigurare și a oricărui document solicitat de Asigurător în scopul de a stabili obligația de plată, în cazul serviciilor medicale oferite în afara rețelei de furnizori de servicii medicale.

(2) Serviciile medicale au nevoie de aprobarea Asiguratorului și acestea trebuie solicitate de titularul poliței sau de persoana asigurată prin Call Center.

(3) Persoana asigurată primește din partea Asiguratorului, pe cardul Easy Pay, suma autorizată reprezentând costul serviciilor medicale care urmează a fi efectuate, conform informațiilor furnizate de persoana asigurată. Dacă persoana asigurată nu deține informațiile privind costul procedurii, suma autorizată pentru plată va fi egală cu valoarea medie a prețului aferent serviciilor medicale la furnizorii de servicii medicale care fac parte din rețeaua Mediqa Net.

(4) Pentru aprobarea finală a plății, titularul poliței și/ sau persoana asigurată trebuie să furnizeze Asiguratorului documentele medicale emise de furnizorul de servicii medicale, după efectuarea serviciilor medicale aprobate, în termen de două zile lucrătoare.

Documentele medicale trebuie să conțină următoarele informații: identificarea persoanei asigurate, motivul prezentării la medic, istoricul bolii curente, diagnosticul complet, data serviciilor medicale, semnătura și parafa medicului, rezultatele investigației medicale, bilet de externare etc.

În funcție de complexitatea cazului și de nivelul de informații regăsit în documentele medicale indicate mai sus, SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A poate solicita documentele suplimentare menționate în cele ce urmează, precum și alte documente suplimentare necesare pentru evaluarea cazului:

Tipul documentului	Explicații
Scrisoare medicală (formular tip al SIGNAL IDUNA)	În cazul în care documentele medicale justificative nu specifică clar motivele medicale ale recomandărilor medicului curant în

	urma consultului efectuat de către Asigurat, se va completa formularul Scrisoare Medicală.
Raportul de anamneză	În cazul în care informațiile medicale din cadrul documentelor medicale justificative nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii cu privire la necesitatea medicală a Asiguratului, se va completa formularul raport anamneza.
Alte documente	În cazul în care datorită specificului cazului sunt necesare si alte documente ele vor fi solicitate de Asigurator.

(5) În cazul persoanei asigurate cu vârsta de până în 18 ani, etapele descrise mai sus (cu excepția serviciilor medicale în desfășurare) vor fi efectuate de părintele copilului.

Articolul 18. Alte prevederi privind efectuarea de servicii medicale

(1) Orice serviciu medical poate fi efectuat în baza unei recomandări valabile emise de un medic ale cărei competențe și specializare sunt compatibile cu serviciile medicale recomandate și care privește boala, afecțiunea și/ sau vătămarea corporală. În cazul consultațiilor, nu este necesară recomandarea din partea unui medic.

(2) O recomandare medicală completă și validă va conține: numele întreg al persoanei asigurate, diagnosticul (definitiv sau prezumtiv), recomandarea medicală, data recomandării și parafa medicului, motivele prezentării, simptomatologie, istoricul patologiei curente și antecedentele patologice personale, examen clinic complet conform specialității, orice investigație paraclinică cu rezultat modificat ce susține diagnosticul (analize de sange, investigații funcționale, imagistică). În cazul consultațiilor efectuate prin intermediul serviciului la distanță (telemedicină) va fi considerată validă recomandarea, atât timp cât în locul parafei medicului, pe document apare codul de parafă, specialitatea medicului și numele acestuia în clar.

Articolul 19. Pretenții împotriva terților

(1) Dacă titularul poliței și/ sau persoana asigurată au pretenții de despăgubire împotriva terților, atunci există obligația ca acestea să fie cesionate în favoarea Asiguratorului până la limita plății Contractului de asigurare.

(2) Dacă titularul poliței și/ sau persoana asigurată renunță fără acordul Asiguratorului la pretențiile împotriva terților, Asiguratorul poate cere restituirea plăților efectuate de la titular/ Asigurat.

Capitolul VII. Rezilierea contractului de asigurare

Articolul 20. Rezilierea contractului de asigurare de către Asigurător

(1) Asigurătorul poate rezilia Contractul de asigurare conform Articolului 4 dacă titularul poliței și/ sau persoana asigurată a furnizat până la încheierea contractului de asigurare informații false și/ sau incorecte.

(2) Rezilierea contractului de către Asigurător, conform paragrafului (1) se poate aplica întregului contract de asigurare sau doar unor persoane asigurate, în cazul în care există mai multe persoane asigurate prin același contract de asigurare.

(3) Asigurătorul poate rezilia contractul de asigurare conform articolului 10 dacă titularul poliței nu achită sau nu achită în integralitate prima de asigurare.

(4) Dacă titularul poliței și/ sau persoana asigurată obțin în mod fraudulos sau prin orice alte acte care încalcă principiul bunei credințe acoperirea prin asigurare și/ sau plăți ale asigurării, Asigurătorul poate rezilia întregul Contract de asigurare. În acest caz, nu este admisă nicio pretenție din partea titularului poliței cu privire la Contractul de asigurare. În cazul plăților deja efectuate de Asigurător, titularul trebuie să restituie imediat Asigurătorului cuantumul acestora.

(5) Rezilierea contractului conform paragrafelor (1) – (4) de mai sus se va face printr-o simplă notificare fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, începând cu data trimiterii notificării (data poștei).

(6) În cazul în care Contractul de asigurare este reziliat, Asigurătorul are dreptul de a compensa orice sume datorate de către Titularul Politei Asigurătorului cu valoarea primelor de asigurare ce trebuie restituite.

(7) În cazul în care titularul poliței nu-și achită obligațiile financiare către Asigurător, acesta din urmă are dreptul de a anula contractul de asigurare.

Articolul 21. Încetarea contractului de asigurare de către titularul poliței

(1) Titularul poliței are dreptul să renunțe la Contractul de asigurare cu efect retroactiv, de la data Începutului asigurării, printr-o notificare scrisă fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în termen de 20 zile calendaristice de la primirea Poliței de asigurare sau în termen de 14 zile calendaristice în cazul polițelor emise la distanță.

(2) Titularul poliței are în anumite condiții dreptul de a rezilia Contractul printr-o notificare scrisă în termen de 20 zile calendaristice de la data primirii Poliței de asigurare, dacă conținutul Poliței de asigurare derogă de la conținutul cererii de asigurare (vezi Articolul 5). În acest caz, Asigurătorul va returna titularului poliței prima de asigurarea achitată. În cazul în care persoana asigurată a beneficiat deja de acoperirea prin asigurare, atunci valoarea serviciilor medicale va fi dedusă din prima de asigurare care trebuie returnată și, în cazul în care valoarea depășește prima de asigurare, titularul poliței va fi obligat să achite Asigurătorului diferența.

(3) Dacă o parte din contractul de asigurare este reziliată la inițiativa Asigurătorului, atunci titularul

poliței poate rezilia în același timp restul contractului de asigurare.

(4) Rezilierea contractului de asigurare se poate referi la întregul contract de asigurare sau la o anumită persoană asigurată.

(5) Dacă Asigurătorul achită în mod voluntar Servicii Medicale efectuate de către Asigurat, în cazul în care Contractul este reziliat de către Titularul Poliței, Asigurătorul are dreptul de a solicita Titularului Poliței restituirea plății voluntare efectuate.

Articolul 22. Alte motive pentru încetarea contractului de asigurare

(1) În cazul decesului titularului poliței, contractul de asigurare va înceta imediat de drept în momentul decesului.

(2) Prin derogare de la prevederile paragrafului (1), în cazul în care Titularul Poliței a decedat, persoana asigurată are dreptul de a solicita în scris în termen de o lună continuarea contractului de asigurare în aceleași condiții.

(3) În cazul decesul persoanei asigurate, partea din contractul de asigurare ce-i corespunde se va rezilia în momentul decesului.

(4) În cazul unei hotărâri definitive privind falimentul titularului poliței, contractul de asigurare va înceta imediat.

(5) Prin derogare de la prevederile paragrafului (4), în cazul pronunțării unei hotărâri definitive care declară falimentul titularului poliței, persoana asigurată are dreptul să solicite în scris în termen de o lună continuarea contractului de asigurare în aceleași condiții.

(6) Dacă titularul poliței își mută domiciliul în afara României, contractul de asigurare va înceta atunci când va avea loc mutarea.

(7) Prin derogare de la prevederile paragrafului (6), persoanele asigurate care rămân în România au dreptul, în cazul în care titularul poliței s-a mutat din România, să solicite în scris în termen de o lună continuarea contractului de asigurare în aceleași condiții.

(8) În cazul schimbării adresei de corespondență din România a unui Asigurat, acea parte a Contractului încetează de drept în momentul schimbării adresei.

(9) În cazul persoanelor care dobândesc statutul de Asigurat pe parcursul perioadei de valabilitate a Contractului de asigurare, Contractul de asigurare încetează în același moment cu cel al încetării Contractului persoanelor asigurate inițial.

(10) Oricare dintre părți poate denunța contractul de asigurare în orice moment, prin trimiterea către cealaltă parte a unei notificări scrise cu 20 de zile înainte de data de încetare a contractului.

Articolul 23. Data de expirare a asigurării, terminarea asigurării

(1) Asigurarea expiră la data indicată în polița de asigurare.

Articolul 24. Reînnoirea contractului de asigurare

(1) Contractul de asigurare se va reînnoi automat pentru o durată identică cu cea inițială în condițiile prevăzute de legislația în vigoare cu privire la asigurările voluntare de sănătate.

(2) Oricare dintre părți poate anunța că nu mai dorește să continue contractul de asigurare prin

trimiterea către cealaltă parte a unei notificări scrise cu 30 de zile înainte de termenul de expirare.

(3) Asigurătorul poate trimite titularului poliței, cu 30 de zile înainte de termenul de expirare, o propunere de negociere privind reînnoirea în alte condiții decât cele inițiale (exceptând prima de asigurare care poate fi modificată în condițiile legii) pentru care părțile trebuie să agreeze până la data de expirare. Dacă părțile nu agreează propunerea de negociere privind reînnoirea, contractul de asigurare va înceta la data de expirare.

(4) Toate notificările scrise pot fi trimise între părți prin e-mail.

Capitolul VII. Alte prevederi

Articolul 25. Confidențialitatea

(1) Părțile agreează să păstreze prezentul contract de asigurare confidențial de-a lungul executării sale și pentru o perioadă de 2 ani după rezilierea sa, indiferent de motivul rezilierii și să nu dezvăluie, raporteze, să facă publice, direct sau indirect, să nu transfere sau să folosească pentru uzul său personal sau al unor terțe părți, informațiile confidențiale din prezentul contract de asigurare care au fost primite sau obținute ca urmare a executării sau rezilierii prezentului contract de asigurare sau furnizate de sau în numele unei părți în timpul negocierilor care au dus la încheierea acestui contract de asigurare și care fac referire la următoarele:

- obiectul și/ sau prevederile prezentului contract de asigurare;
- părți și/ sau activități comerciale.

(2) Fiecare parte este răspunzătoare cu respectarea prevederilor din paragraful (1) de mai sus de către oricare din reprezentanții săi sau de terțe părți cărora li s-au dezvăluit informații confidențiale în scopul prezentului contract de asigurare.

(3) Obligațiile stipulate în paragrafele (1) și (2) de mai sus nu se aplică în cazul unei informații care:

- este publică la data încheierii prezentului contract de asigurare;
- devine publică ulterior, altfel decât ca rezultat al încălcării prezentului contract de asigurare;
- este solicitată pentru a fi dezvăluită de o autoritate publică competentă.

Articolul 26. Protecția datelor personale

(1) Pe parcursul desfășurării prezentului contract de asigurare, orice operațiune ce implică prelucrarea datelor personale, așa cum este aceasta definită de legislația în domeniu, se va executa cu respectarea Regulamentului (UE) 2016/79 pentru protecția persoanelor fizice privind procesarea informațiilor personale și a liberei circulații a acestora.

(2) Asigurătorul va prelucra datele titularului poliței și ale persoanei asigurate conform politicii sale privind protecția datelor, așa cum este publicat pe site-ul web www.signal-iduna.ro, secțiunea Politica privind protecția datelor.

(3) Asigurătorul are dreptul de a actualiza politica sa privind protecția datelor, dar toate modificările se vor aplica titularului poliței și persoanei asigurate după publicarea acestora pe site-ul web.

(4) Dacă este cazul, atât titularul poliței, cât și persoana asigurată vor trebui să-și dea acordul pentru ca Asigurătorul să-și îndeplinească obligațiile.

Articolul 27. Notificări, comunicări, litigii, legislația aplicabilă

(1) Orice document privind contractul de asigurare este valabil doar dacă a fost redactat în limba română în formă scrisă, a fost semnat de partea emitentă și trimis celeilalte părți la adresele indicate de aceasta în contractul de asigurare. Un document se va considera trimis la termenul limită dacă data trimerii este conformă termenilor contractuali.

(2) Orice declarație/ document al Asigurătorului este valabil/ă doar dacă a fost emis de la sediu, purtând însemnele și semnăturile persoanelor autorizate de Asigurător.

(2) Datele de contact ale părților (Asigurătorul, titularul poliței și/ sau persoana asigurată) pentru primirea corespondenței sunt furnizate în oferta de asigurare sau în alte documente prin care acestea indică schimbarea adreselor. Orice modificare a datelor de contact trebuie anunțată celeilalte părți în termen de 7 zile calendaristice de la data modificării. În caz contrar, partea va îndeplini solicitarea de notificare și/ sau de declarare dacă documentul a fost trimis celeilalte părți la ultima adresă cunoscută (partea care și -a schimbat adresa).

(3) Părțile contractante vor încerca să soluționeze amiabil (prin corespondență, întâlniri directe, mediere, proceduri de soluționare alternativă a litigiilor) eventualele divergențe privind încheierea, executarea și interpretarea contractului de asigurare. Dacă acest lucru nu este posibil în mod amiabil într-un interval de timp rezonabil, autoritățile de supraveghere în domeniul asigurărilor (ASF) vor fi notificate, iar în cazul în care nu se soluționează cazul, pot fi sesizate instanțele competente conform Codului de Procedură Civilă.

Modurile de depunere a reclamațiilor (obiecții, plângeri sau contestații) privind asigurarea, daunele sau marketingul sunt următoarele:

- La sediul Asigurătorului;
- Prin e-mail;
- Prin poștă/ curier;
- Prin fax;
- Pe site-ul web al Asigurătorului: www.signal-iduna.ro;
- Prin Autoritatea de Supraveghere Financiară.

Termenul limită pentru soluționarea unei plângeri este de 30 de zile calendaristice de la data înregistrării sale sau la termenul care este specificat explicit de autoritatea la care s-a depus plângerea. Acestea nu reprezintă o restricție privind dreptul de a recurge la acțiunile în justiție.

Persoana asigurată se poate adresa Entității pentru Soluționarea Alternativă a Litigiilor din Sectorul Financiar Nebancar, denumită SAL-FIN, în scris, direct la SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare, în condițiile prevăzute de legislația aplicabilă și de procedurile de lucru ale SAL FIN sau instanțelor de judecată, în perioada de prescripție conform legislației civile. SAL-Fin își desfășoară activitatea în Splaiul Independenței nr. 15, sector 5, București, TELVERDE 0800 825 627, e-mail: office@salfin.ro. Adresa de site a SAL-FIN

este www.salfin.ro. Condițiile de accesare a procedurilor de soluționare a litigiilor pot fi vizualizate prin accesarea www.salfin.ro.

(4) Contractul este guvernat de legislația română, după cum urmează:

- Codul Civil;
- Legea nr 95/2006 privind reforma în sănătate- Secțiunea X (Asigurarea voluntară de sănătate), dar și normele metodologice emise ca urmare a aplicării Legii nr 90/2006;
- Legea nr 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare;
- Legea nr 236/ 2018 privind distribuția de asigurări;
- Norma ASF nr. 22/2021 privind distribuția de asigurări;
- Ordinul MS și CSA nr. 365/2007 pentru aprobarea normelor metodologice privind asigurarea de sănătate voluntară;
- Norma ASF nr. 18/2017 privind procedura de soluționare a petițiilor referitoare la activitatea societăților de asigurare și reasigurare și a brokerilor de asigurare;
- OG 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți și Regulamentul ASF nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea SAL-FIN.

Fondul de Garantare a Asiguraților s-a constituit ca persoană juridică de drept public, conform Legii nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare a Asiguraților. Fondul este o schemă de garantare în domeniul asigurărilor și are drept scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui asigurator.

Articolul 28. Clauza de limitare și excludere a sancțiunilor

SIGNAL IDUNA nu va fi considerată că oferă acoperire și nu va fi obligată să plătească vreo cerere de despăgubire sau să ofere vreun beneficiu în temeiul prezentului contract în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau acordarea unui astfel de beneficiu ar expune asiguratorul respectiv la orice sancțiune, interdicție sau restricție în temeiul rezoluțiilor Organizației Națiunilor Unite sau al sancțiunilor comerciale sau economice internaționale sau al legilor sau reglementărilor internaționale.

Sunt excluse de la asigurare interesele (financiare) ale persoanelor fizice, ale companiilor, ale guvernelor și ale altor entități în legătură cu care asiguratorul nu este autorizat/ îi este interzis să asigure aceste interese, în conformitate cu legislația sau reglementările naționale și internaționale.

Articolul 29. Statutul intermediarului

(1) Intermediarul nu are dreptul să dea declarații în numele Asiguratorului.

(2) Intermediarul nu are dreptul de a lua, în numele Asiguratorului, declarații de la titularul poliței sau de la viitorul titular al poliței, de la persoana asigurată sau de la viitoarea persoană asigurată.

(3) Intermediarul nu are dreptul de a încheia acorduri verbale cu titularul poliței sau cu viitorul titular al

poliței, cu persoana asigurată sau viitoarea persoană asigurată.

(4) Intermediarul nu are dreptul de a face promisiuni privind includerea în acoperirea prin asigurarea serviciilor medicale.

Articolul 30. Modificarea contractului de asigurare

(1) Contractul de asigurare poate fi modificat de Asigurator, chiar pentru anul financiar neîncheiat, în următoarele situații:

- a) În cazul schimbărilor legislative în sistemul de sănătate din România;
- b) În cazul adoptării/ modificării legilor care necesită schimbări în contractul de asigurare;
- c) În cazul ajustărilor și schimbărilor privind copleță și contribuția personală în ceea ce privește prima de asigurare conform termenilor prevăzuți la articolul 4.

(2) Noile prevederi ale contractului de asigurare vor corespunde prevederilor înlocuite, în ceea ce privește termenii juridici și economici și nu va afecta titularul poliței și persoanele asigurate mai mult decât este necesar.

(3) Noile prevederi ale contractului de asigurare vor intra în vigoare în termen de 30 de zile calendaristice din momentul în care Asiguratorul a informat titularul poliței sau de la o altă dată convenită de părți.

(4) Toate prevederile contractului de asigurare sunt independente. Drept consecință, dacă vreuna din aceste prevederi este sau devine nulă și nu poate fi aplicată ca urmare a unui aspect legal, acest lucru nu va afecta validitatea sau executarea celorlalte prevederi. De asemenea, în acest caz părțile se obligă să negocieze o prevedere/ prevederi alternative care le vor înlocui pe cele vechi și care vor fi încheiate față de cele noi.

Articolul 31. Derogări de la termenii și condițiile generale de asigurare pentru asigurarea individuală

(1) Părțile contractante pot agree asupra regulilor de derogare de la termenii și condițiile generale de asigurare privind asigurarea individuală. O asemenea derogare necesită o formă scrisă pentru că în caz contrar, aceasta va fi nulă și neavenită. O asemenea derogare va prevala asupra termenilor și condițiilor generale de asigurare privind asigurarea individuală.

(2) Derogarea indicată în paragraful (1) nu poate încălca legea.

Articolul 32. Elemente tehnice

(1) Pentru contractele de asigurare încheiate prin comercializare electronică (la distanță) se va aplica dreptul Asiguratului de a denunța unilateral contractul la distanță, în termen de 14 zile calendaristice, fără penalități și fără a fi necesară invocarea vreunui motiv.

(2) Moneda contractului de asigurare este stipulată în contractul de asigurare.

Articolul 33. Intrarea în vigoare a acestor termeni și condiții generale de asigurare privind asigurarea individuală

(1) Acești termeni și condiții generale de asigurare privind asigurarea individuală au fost aprobați de către Directoratul SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.

(2) Acești termeni și condiții generale de asigurare privind asigurarea individuală se aplică contractelor de asigurare ce intră în vigoare începând cu data de 1 August 2024.