

Societatea: Asigurarea Românească ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A., înregistrată în România, Nr. Înregistrare în Registrul Comerțului: J40/304/1991, Cod Unic de Înregistrare: 336290, Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, Nr. Înmatriculare în Registrul Asiguratorilor: RA-023/2003

Produsul: SANA FAMILY

Acest document prezintă un rezumat al principalelor acoperiri și excluderi ale contractului de asigurare. Nu răspunde la nevoile și cerințele dumneavoastră personalizate. Informații complete despre acest produs găsiți în documentația precontractuală și contractuală.

Despre ce tip de asigurare este vorba?

Asigurarea de viață, destinată să vă protejeze pe dumneavoastră și pe membrii familiei dumneavoastră, în calitate de asigurat și coasigurați, împotriva riscurilor de accident sau boală. În cazul producerii unui risc acoperit prin asigurare, veți beneficia de suport financiar, prin plata de către asigurator a indemnizațiilor de asigurare prevăzute în contract.



Ce se asigură?

ASIGURAREA DE BAZĂ

- ✓ **Deces din orice cauză:** În cazul decesului asiguratului / coasiguratului din orice cauză (accident sau boală), în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, asiguratorul va plăti suma asigurată din poliță.
- ✓ **Spitalizare din orice cauză:** Forma de internare într-o secție / compartiment dintr-un spital pentru tratarea urmărilor unui accident sau îmbolnăviri, cu întocmirea Foi de Observație Clinică Generală (FOCG). Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale.
- ✓ **Intervenții chirurgicale din orice cauză:** Procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate, exclusiv în scop terapeutic, care este practică de către un medic specialist într-o secție chirurgicală a unui spital care deține autorizare / acreditare din partea autorităților și care presupune efectuarea unei anestezii și a unei incizii.

ASIGURĂRI SUPLIMENTARE (incluse opțional)

- ✓ **Cheltuieli medicale din orice cauză (accident sau îmbolnăvire):** Cheltuieli suportate de asigurat, ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată, în baza prescripției medicului, este obligat să suporte următoarele cheltuieli medicale:
 - efectuarea unor proceduri medicale precum: consulturi de diagnosticare, consulturi de control, investigații imagistice, investigații paraclinice
 - medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului, eliberate pe numele asiguratului / coasiguratului și cu certificarea rețetei originale
 - achiziționarea sau închirierea de proteze, cârje, scaune cu rotile și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului
 - transport cu ambulanța de la locul accidentului, sau de la locul în care se afla pacientul care reclama probleme urgente de sănătate, la cel mai apropiat spital / unitate medicală, abilitată în acordarea primului ajutor
- ✓ **Fracturi din accident:** Leziune datorată unui accident, caracterizată prin întreruperea continuității unui os, leziune ce poate fi completă sau incompletă, cu sau fără deplasarea fragmentelor osoase. Din această categorie fac parte și fisurile osoase.

- ✓ **Arsuri din accident:** Leziune cutanată sau mucoasă provocată de agenți fizici (căldura, radiațiile, electricitatea) și chimici.
- ✓ **Invaliditate permanentă din orice cauză (accident sau boală):** Pierdere de către asigurat a capacității anatomice și funcționale a unui organ sau sistem, datorită unui accident sau îmbolnăviri petrecute în perioada de valabilitate a poliței de asigurare, cu condiția ca această pierdere să nu poată fi substituită terapeutic sau protetic (cu excepția pierderii anatomice a unor părți ale membrilor superioare sau inferioare).
- ✓ **Boli (afecțiuni) grave:** se înțeleg exclusiv următoarele afecțiuni: accident vascular cerebral, cancer, infarct miocardic acut, insuficiența renală cronică, scleroza multiplă.



Ce nu se asigură?

- ✗ Invaliditatea permanentă preexistentă încheierii contractului de asigurare respectiv o invaliditate mai mare de 50%
- ✗ Persoane care nu au cetățenie română sau rezidență în România
- ✗ Boli sau afecțiuni preexistente încheierii contractului de asigurare
- ✗ Tratamente de înfrumusețare
- ✗ Nu este considerată spitalizare perioada de recuperare în case de odihnă, institute de aerioterapie, sanatorii etc.



Există restricții de acoperire?

PRINCIPALELE EXCLUDERI:

Asiguratorul nu datorează Indemnizația de asigurare dacă evenimentul se produce ca urmare a:

- ! handicapurilor sau afecțiunilor preexistente datei de început a contractului
- ! oricărei îmbolnăviri diagnosticate în primele 3 luni de la includerea asiguratului / coasiguratului în asigurare (se aplică o perioadă de așteptare de 3 luni de la data includerii în asigurare)
- ! evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedecarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte
- ! unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice
- ! practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții

- ! consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății)
- ! participării asiguratului/coasiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- ! bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care asiguratul/coasiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zona cu potențial mare de contaminare;
- ! bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă

PRINCIPALELE RESTRICȚII :

- ! Totalul indemnizațiilor de asigurare plătite de Asirom, pentru fiecare risc produs, nu poate să depășească sumele asigurate aferente fiecărui risc, înscrise în contractul de asigurare
- ! În cazul producerii riscului de spitalizare din orice cauză, Asirom plătește o indemnizație zilnică pentru fiecare asigurat, pentru un număr maxim de 90 zile de spitalizare / an.



Unde beneficiaz de asigurare?

- ✓ Asigurarea este valabilă 24 de ore din 24 ore, atât pe teritoriul României, cât și în afara acesteia.



Ce obligații am?

Sub sancțiunea nulității contractului de asigurare sau negaranțării acoperirii:

- **La încheierea contractului de asigurare:** să răspundeți în scris la toate întrebările cuprinse în cererea de asigurare, formulate de asigurător, care sunt esențiale pentru evaluarea riscului și să furnizați toate documentele justificative solicitate de către asigurător.
- **În cursul derulării contractului de asigurare:** în termen de 15 zile calendaristice, să aduceți la cunoștință asigurătorului, prin notificare scrisă, orice modificare a împrejurărilor esențiale privind riscurile asigurate, survenită pe perioada derulării contractului de asigurare. Să achitați prima de asigurare în cuantumul și la termenele prevăzute în contractul de asigurare.
- **În caz de producere a unui eveniment asigurat:** Să vă prezentați la un medic, care să vă acorde asistență medicală de urgență și să urmați tratamentul prescris de acesta. Să avizați asigurătorul despre producerea riscului asigurat și despre împrejurările în care acesta s-a produs, în maximum 30 de zile de la producerea evenimentului, pentru cazul de Deces din accident, respectiv 5 zile pentru cazurile de Invaliditate permanentă din accident, Fracturi, Arsuri din accident și Invaliditate temporară din accident. Să declarați detaliat împrejurările în care s-a produs evenimentul și să anexați la cererea de plată privind despăgubirea, toate documentele utile pentru evaluarea riscului.



Când și cum plătesc?

- ✓ Prima de asigurare se plătește integral sau în rate lunare, trimestriale, semestriale. Dacă nu conveniți altfel prin contractul de asigurare, plata primei de asigurare o veți efectua la sediile Asirom sau prin distribuitorii săi, în numerar sau cu ordin de plată. Asirom, vă acordă un termen de păsuire de 30 de zile de la scadența de plată, interval în care situația contractului de asigurare rămâne neschimbată.



Ce obligații de plată are Asirom?

Asirom plătește asiguratului / coasiguratului / beneficiarului (după caz), drepturi care decurg din asigurare, respectiv:

- ✓ **Suma asigurată pentru deces (accident sau boală) :** în caz de deces a asiguratului, produs în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.
- ✓ **Indemnizații de asigurare:** în cazul producerii unuia dintre riscurile acoperite suplimentar. Acestea se plătesc asiguratului / coasiguratului conform celor prevăzute în condițiile de asigurare.
- ✓ Contractul de asigurare nu poate fi răscumpărat și ca urmare suma de răscumpărare este zero.

Termene de plată privind drepturile din asigurare:

- ✓ **Pentru deces din (accident / boală):** 60 de zile calendaristice de la data decesului, moștenitorii asiguratului / coasiguratului având obligația de a notifica asigurătorul despre producerea riscului asigurat în termen de 45 de zile calendaristice de la data decesului.
- ✓ **Pentru spitalizare din orice cauză (accident sau boală) / Intervenții chirurgicale din orice cauză / Cheltuieli medicale din orice cauză / Fracturi din accident / Arsuri din accident:** 20 de zile calendaristice de la data externării din spital, asiguratul / coasiguratul, personal sau prin reprezentant, având obligația de a notifica asigurătorul despre producerea riscului asigurat în termen de 5 de zile calendaristice de la data externării.
- ✓ **Pentru invaliditate permanentă din orice cauză (accident sau boală):** minim 2 luni până la maximum un an de la data accidentului, asiguratul / coasiguratul având obligația de a notifica asigurătorul despre producerea riscului asigurat în termen de 5 de zile calendaristice de la data terminării tratamentului medical, dar nu mai târziu de un an de la data producerii evenimentului.
- ✓ **Boli (afecțiuni) grave:** 40 de zile calendaristice de la data diagnosticării definitive, asiguratul / coasiguratul având obligația de a notifica asigurătorul despre producerea riscului asigurat în termen de 25 zile calendaristice de la data diagnosticării definitive.



Când începe și când încetează acoperirea?

- ✓ Asigurarea se încheie pentru o perioadă de 1 an cu posibilitate de reînnoire, conform celor înscrise în polița de asigurare.
- ✓ Răspunderea asigurătorului începe la data înscrisă în contract și încetează la data expirării contractului.



Cum pot să rezilies contractul?

- ✓ Modul obișnuit de încetare a contractului de asigurare îl constituie ajungerea la termen, respectiv expirarea perioadei înscrise în poliță. Conform prevederilor Codului Civil, contractul de asigurare poate fi denunțat unilateral de către asigurat printr-o notificare scrisă, cu respectarea unui termen de preaviz de cel puțin 20 de zile calendaristice, calculate de la data primirii notificării de către asigurător.
- ✓ Rezilierea contractului trebuie să fie solicitată printr-o cerere scrisă, adresată asigurătorului. În această situație, asigurătorul are doar obligația de a restitui contractantului, o parte din prima de asigurare, proporțional cu perioada neexpirată a contractului, dar numai pentru cazurile în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a asigurării.



Alte prevederi /obligații legale

- ✓ Legea aplicabilă contractului de asigurare este legea română. Eventualele neînțelegeri dintre părți se vor soluționa pe cale amiabilă, iar dacă acest lucru nu este posibil, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente.
- ✓ Procedurile de soluționare a petițiilor (**reclamațiilor**) aplicabile prezentului contract de asigurare sunt cele prevăzute de Norma Autorității de Supraveghere Financiară nr.18/2017 privind procedura de soluționare a petițiilor referitoare la activitatea societăților de asigurare și reasigurare și brokerilor de asigurare. Orice petiție, cerere, reclamație se adresează în scris asigurătorului și este soluționată conform procedurilor interne ale societății, accesibile publicului la sediile și pe site-ul societății, termenul de răspuns la acestea fiind cel prevăzut de art. 5, alin. (8), din norma susmenționată, respectiv 30 de zile de la data înregistrării petiției, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă. Această modalitate de soluționare a petițiilor nu limitează dreptul petentului de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară și/sau de a sesiza instanțele competente, potrivit legii.
- ✓ În conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr.38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți și în condițiile stabilite prin Regulamentul Autorității de Supraveghere Financiară nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN), consumatorul (asiguratul / contractantul / beneficiarul) are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a eventualelor litigii cu asigurătorul (comerciant), prin exprimarea acestei opțiuni, în scris, către SAL-FIN, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Consumatorii pot supune litigiul procedurilor SAL administrate de SAL-FIN dacă fac dovada că, în prealabil, au încercat să soluționeze litigiul direct cu asigurătorul (comerciantul) în cauză. Procedurile administrate și organizate de către SAL-FIN nu aduc atingere dreptului persoanei de a apela la mediere, dreptului la formularea de petiții sau dreptului persoanei de a se adresa instanțelor judecătorești competente.
- ✓ La data încheierii contractului de asigurare și emiterii poliței, cheltuielile cu primele de asigurare plătite de angajator, în numele angajatului, care nu sunt incluse în veniturile salariale ale angajatului, nu sunt deductibile fiscal, iar despăgubirile, sumele asigurate și orice alte drepturi ce se acordă asiguraților, beneficiarilor sau oricăror persoane păgubite, din orice fel de asigurare, constituie venit neimpozabil.
- ✓ În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, în conformitate cu prevederile Legii nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților, prin contribuția asigurătorilor, se constituie **Fondul de garantare a asiguraților** destinat plăților de despăgubiri / indemnizații rezultate din contractele de asigurare, încheiate conform legii, în cazul insolvenței unui asigurător.