

CONFORT EXTRA



Metropolitan Life®

Avantaje

Asigurarea **Confort Extra** îți oferă protecție financiară sub forma unei Indemnizații de Asigurare pentru:

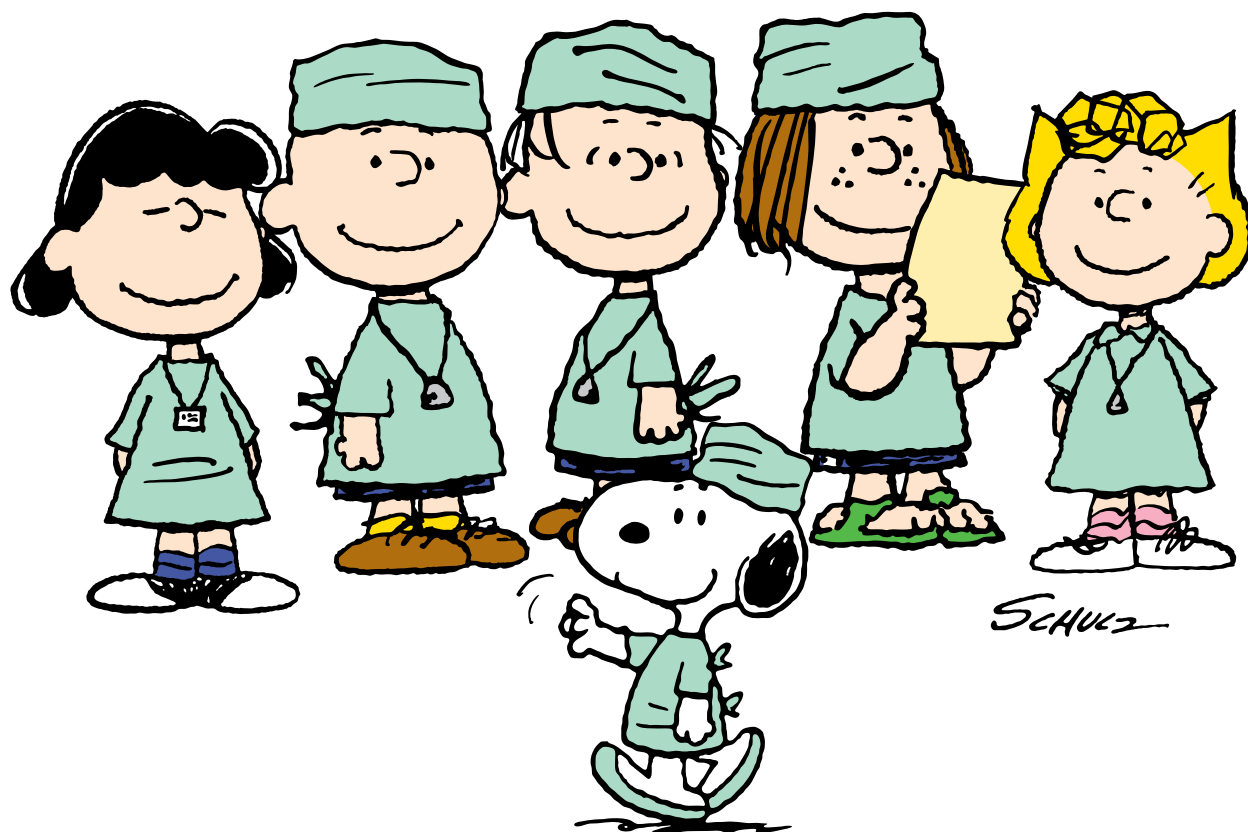
- fiecare intervenție chirurgicală suferită, fiind asigurate intervențiile chirurgicale cauzate de toate formele de accidente casnice, profesionale sau de transport, precum și de îmbolnăviri survenite pe durata asigurării, conform condițiilor contractuale prezentate în continuare;
- Decesul ca urmare a unei Îmbolnăviri.

Acoperire

Asigurarea **Confort Extra** oferă protecție financiară 24 din 24 de ore, 365 de zile pe an, oriunde în lume. De această asigurare poate beneficia orice persoană cu cetățenie română, cu vârsta cuprinsă între 18 și 64 de ani, care deține un cont curent în Lei la Banca Transilvania și care își exprimă dorința de a beneficia de protecția prin asigurare, cât și de oportunitatea plății automate din contul său a primelor de asigurare prin Serviciul de debitare automată, oferit în mod gratuit de Banca Transilvania.

Accesibilitate

Confort Extra se activează automat din momentul în care semnezi documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și implicit exprimarea acordului privind încheierea asigurării, fără proceduri birocratice.



Confort Extra

Primele de asigurare se vor retrage automat din contul tău curent în Lei deschis la Banca Transilvania la solicitarea Metropolitan Life Asigurări S.A., prin intermediul Serviciului de debitare automată, economisind astfel timpul și efortul de a efectua plata primelor de asigurare la unul dintre ghișeele Băncii Transilvania.

În perioada de valabilitate a acoperirii poți aduce modificări asupra Programului de Asigurare pe care îl deții, doar apelând numărul de telefon dedicat 0264.286.444, de luni până vineri, între orele 09:00 și 18:00. Pentru a beneficia de protecția oferită de această asigurare, trebuie să te asiguri că lunar, în Contul tău deschis la Banca Transilvania se găsește disponibilul necesar plății primei de asigurare la Data Scadentă sau la una din încercările de debitare ulterioare efectuate de către Banca Transilvania.

Poți opta pentru unul dintre pachetele de asigurare de mai jos, pe care îl consideri potrivit pentru tine:

Varianța de protecție Individuală PREMIUM:

1. Indemnizația de Asigurare plătită Asiguratului Principal în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 10.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Intervenției chirurgicale ca urmare a unei Îmbolnăviri este % din 6.500 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Decesului ca urmare a unei Îmbolnăviri este de 300 Lei

2. Valoarea primei de asigurare pentru varianta Asigurării Individuale este de 25,00 Lei/lună

Varianța de protecție Extinsă (pentru Familie: soț/soție și/sau copil/copii) PREMIUM:

1. Indemnizația de Asigurare plătită Asiguratului Principal în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 10.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Intervenției chirurgicale ca urmare a unei Îmbolnăviri este % din 6.500 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Decesului ca urmare a unei Îmbolnăviri este de 588 Lei

2. Indemnizația de Asigurare plătită soțului/soției și/sau copilului/copiilor în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 13.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției

3. Valoarea primei de asigurare pentru varianta Asigurării Extinse este de 49,00 Lei/lună

Varianța de protecție Individuală CLASIC:

1. Indemnizația de Asigurare plătită Asiguratului Principal în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 7.500 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Intervenției chirurgicale ca urmare a unei Îmbolnăviri este % din 5.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Decesului ca urmare a unei Îmbolnăviri este de 228 Lei

2. Valoarea primei de asigurare pentru varianta Asigurării Individuale este de 19,00 Lei/lună

Varianța de protecție Extinsă (pentru Familie: soț/soție și/sau copil/copii) CLASIC:

1. Indemnizația de Asigurare plătită Asiguratului Principal în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 7.500 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Intervenției chirurgicale ca urmare a unei Îmbolnăviri este % din 5.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției
- Decesului ca urmare a unei Îmbolnăviri este de 444 Lei

2. Indemnizația de Asigurare plătită soțului/soției și/sau copilului/copiilor în cazul:

- Intervenției chirurgicale ca urmare a unui Accident este % din 10.000 Lei, în funcție de gradul de dificultate al intervenției

3. Valoarea primei de asigurare pentru varianta Asigurării Extinse este de 37,00 Lei/lună

În paginile următoare vei regăsi Condițiile Generale, care fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Dacă ai vreo întrebare legată de acestea, ai posibilitatea să suni la numărul de telefon 0264.286.444 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00 și în orice moment specialiștii noștri îți stau la dispoziție.

Definiții

POLIȚA DE GRUP reprezintă contractul încheiat între Asigurător (Metropolitan Life Asigurări S.A.) și Bancă (Banca Transilvania), ce cuprinde detalii cu privire la Termenii și condițiile Programului de Asigurare oferit Grupului Eligibil.

GRUPUL ELIGIBIL înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români, ce pot beneficia de protecția prin asigurare prevăzută în prezentele condiții contractuale, constituit din **titularii de conturi curente în Lei deschise la Banca Transilvania**, care și-au exprimat acordul de a participa la Programul de Asigurare oferit de prezentele condiții de asigurare în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și care acceptă Serviciul de debitare automată oferit gratuit de Banca Transilvania Asiguratului Principal, special pentru plata primelor de asigurare și care au vârsta maximă de 64 (șaizecișipatru) de ani la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale (pentru opțiunea Asigurare Individuală), cât și membrii Familiilor acestora, astfel cum sunt definiți în prezentele condiții contractuale (pentru opțiunea Asigurare Familială).

Este considerată membru al Grupului Eligibil și persoana care la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale prezintă Invaliditate Parțială Permanentă. Persoanele care prezintă Invaliditate Totală Permanentă nu sunt eligibile.

ACOPERIREA INDIVIDUALĂ înseamnă protecția (sau acoperirea) oferită Persoanelor Asigurate (membre ale Grupului Eligibil) prin asigurarea contractată, conform prevederilor prezentelor condiții contractuale.

PERSOANELE ASIGURATE: Asiguratul Principal și Asiguratul Subsidiar.

(A) ASIGURATUL PRINCIPAL înseamnă oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de Acoperire Individuală conform prezentelor condiții de asigurare și care:

- este titularul unui cont curent în Lei, deschis la Banca Transilvania;
- a confirmat primirea setului de documente ce conține Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare, care fac parte integrantă din acesta, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile procedurale stabilite de Părți, oferta de asigurare și înscrierea în Programul de Asigurare de Grup stabilit prin prezentele condiții contractuale, optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (Familială);
- a fost eligibil pentru înscrierea în Programul de Asigurare oferit acestuia în baza prezentelor condiții de asigurare, ceea ce înseamnă că a declarat telefonic faptul ca nu se încadrează în niciuna dintre situațiile de neeligibilitate comunicate în cuprinsul convorbirii telefonice, înainte de prezentarea propriu-zisă a Programului de Asigurare;
- are maximum 64 (șaizecișipatru) de ani la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;
- a confirmat telefonic acceptarea Serviciului de debitare automată a primelor de asigurare și a autorizat telefonic Banca să plătească în numele său și pentru el, lunar la Data Scadenței sau, dacă este cazul, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă, primele de asigurare din contul curent menționat în Certificatul de Asigurare și să le transfere către Asigurător, în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare.

(B) Acoperirea Individuală se poate extinde asupra membrilor familiei Asiguratului Principal, în calitate de **ASIGURAT SUBSIDIAR**, dacă:

- Asiguratul Principal a solicitat telefonic includerea acestuia în Programul de Asigurare de Grup, optând în acest sens pentru varianta de Asigurare Familială;
- prima de asigurare corespunzătoare perioadei asigurate a fost achitată de către Asiguratul Principal.

(C) Sunt considerați membri ai Familiei Asiguratului Principal soțul/soția Asiguratului Principal, precum și copiii acestora, după cum urmează:

- soț/soție: persoana care la data producerii Riscului Asigurat are calitatea de soț/soție al/a Asiguratului Principal, are minimum 18 (optsprezece) ani și maximum 65 (șaizecișicinci de ani);
- copil: persoana care la data producerii Riscului Asigurat îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - este copil al Asiguratului Principal (incluzând copilul din afara căsătoriei al soțului/soției Asiguratului Principal și/sau copilul adoptat cu efecte depline de către Asiguratul Principal);
 - are vârsta cuprinsă între cel puțin 6 (șase) luni și până la 18 (optsprezece) ani inclusiv, respectiv până la 22 (douazecișidoi) de ani inclusiv, în cazul în care la data producerii Riscului Asigurat studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată.

ASIGURAREA EXTINSĂ înseamnă contractul de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal în baza prezentelor condiții de asigurare, prin care se oferă protecție (Acoperire Individuală) atât Asiguratului Principal, cât și soției/soțului acestuia, spre deosebire de ASIGURAREA INDIVIDUALĂ în baza căreia protecția se acordă doar Asiguratului Principal.

BENEFICIARUL înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului Asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare. În cazul decesului Persoanei Asigurate, Beneficiarul este moștenitorul legal sau testamentar, iar în privința tuturor celorlalte Riscuri Asigurate, Beneficiarul este însăși Persoana Asigurată.

RISCUL/EVENIMENTUL ASIGURAT. În baza prezentelor condiții de asigurare sunt asigurate riscurile de:

- Deces ca urmare a unei Îmbolnăviri
- Intervenție Chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri

CERTIFICATUL DE ASIGURARE reprezintă Contractul de Asigurare al Persoanei Asigurate în calitate de Asigurat Principal ori, după caz, de Asigurat Subsidiar, respectiv documentul semnat de Asigurător conform prevederilor Codului Civil, care va fi pus la dispoziția fiecărei persoane din Grupul Eligibil, care și-a exprimat acordul telefonic, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, de a primi documentele de asigurare, care certifică înscrierea în asigurare și calitatea de Persoana Asigurată și care stabilește Data încheierii contractului de asigurare. Termenii și condițiile de asigurare sunt atașate și fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Asiguratul Principal acceptă ca dovadă a încheierii contractului de asigurare oferit în baza prezentelor condiții contractuale înregistrarea convorbirii telefonice de înscriere în asigurare și Certificatul de Asigurare, împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta, precum și acceptarea Serviciului de debitare automată.

PLATA PRIMEI este în sarcina Asiguratului Principal, care trebuie să asigure în contul curent deschis la Bancă (și menționat în Certificatul de Asigurare) disponibilul necesar plății primelor de asigurare, astfel încât Banca să poată transfera automat la Data Scadentă sau, dacă este cazul, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă, din contul Asiguratului Principal sumele solicitate de către Asigurător. Prin semnarea confirmării de primire a documentelor de asigurare și a acceptului privind plata primelor de asigurare prin Serviciul de debitare automată, Asiguratul Principal își exprimă acordul expres pentru acceptarea Serviciului de debitare automată pentru plata primelor de asigurare oferit în mod gratuit de Bancă. Asiguratul Principal a optat telefonic ca Banca să efectueze din contul său curent, în fiecare lună, operațiunile de plată inițiate de Asigurător pentru plata automată a sumelor reprezentând primele de asigurare datorate de Asiguratul Principal Asiguratului, la Data Scadenței și dacă este cazul ulterior acesteia la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima este scadentă. Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare ("Data Scadenței primei").

Asiguratul Principal va primi într-un termen aproximativ de 2 (două) săptămâni de la momentul apelului telefonic, un plic în care va regăsi toată documentația contractuală legată de produsul de asigurare și modalitatea de plată pentru Programul de Asigurare care i-a fost prezentat telefonic, respectiv: Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta și acceptul privind plata primei de asigurare prin Serviciul de debitare automată pentru plata primelor de asigurare, care confirmă acordul Asiguratului Principal de a participa la Programul de Asigurare. Data la care Asiguratul Principal semnează documentul care include confirmarea de primire a documentelor de asigurare și exprimarea acordului privind încheierea asigurării reprezintă data la care se activează acoperirea, acesta având obligații la plată după perioada de gratuitate.

Prima de asigurare se plătește anticipat pentru Luna de Asigurare următoare lunii în care este Data Scadenței.

PLĂTITORUL PRIMELOR DE ASIGURARE este Asiguratul Principal care are obligația să asigure și să mențină în contul curent în Lei deschis la Bancă disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadentă pe toată durata de valabilitate a Programului de Asigurare pentru care a optat.

LUNA DE ASIGURARE reprezintă luna calendaristică imediat următoare celei în care prima de asigurare a fost scadentă.

SUMA ASIGURATĂ/INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE înseamnă suma specificată în cuprinsul acestor condiții contractuale, așa cum va fi menționată și în Certificatul de Asigurare și în condițiile prevăzute în acesta și reprezintă Suma pe care o va plăti Asigurătorul Persoanei Asigurate în cazul producerii Riscului Asigurat.

CONFIRMAREA DE PRIMIRE extinsă reprezintă documentul ce conține confirmarea de primire a documentelor privind asigurarea și exprimarea acordului privind încheierea asigurării, precum și a plății acesteia prin Serviciul de debitare automată.

ÎMBOLNĂVIREA înseamnă o modificare diagnosticată medical a stării de sănătate fizică, necauzată de Accident,

manifestată pentru prima oară după Data intrării în vigoare a asigurării.

ACCIDENTUL înseamnă un eveniment care a avut ca rezultat o Vătămare Corporală detectabilă din punct de vedere medical, cu condiția ca această vătămare să nu fi fost intenționată din partea Persoanei Asigurate, să fi fost suferită în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale/Extinse (astfel cum este definită în prezentele condiții de asigurare) acordată în baza prezentelor condiții de asigurare și să fi fost cauzată de forțe externe, necontrolabile de către Persoana Asigurată, indiferent de oricare alte condiții.

VĂTĂMAREA CORPORALĂ înseamnă orice vătămare fizică a corpului Persoanei Asigurate, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident, cu condiția ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale.

CONDIȚIA PREEXISTENTĂ înseamnă o condiție pe baza căreia s-a primit îngrijire, tratament sau aviz de la un Medic sau care a fost contactată ori s-a manifestat înainte de Data intrării în vigoare a Acoperirii Individuale.

SPITALUL înseamnă un stabiliment care îndeplinește toate condițiile următoare: (1) deține licență de spital, dacă licența este cerută de către jurisdicția locală sau guvernamentală; (2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămăte, în calitate de pacienți spitalizați; (3) furnizează servicii de asistență medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat; (4) dispune de un personal cuprinzând unul sau mai mulți Medici disponibili permanent; (5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și intervenții chirurgicale majore; (6) nu este, cu titlu principal, o policlinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescență sau un alt stabiliment similar și nu este, astfel decât în mod incidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenți de droguri; (7) dispune de un echipament pentru raze X și de facilitățile aferente de funcționare.

SPITALIZAT înseamnă o persoană care este internată într-un Spital ca pacient rezident timp de cel puțin o noapte, cu serviciu complet de masă și cazare.

MEDICUL este persoana autorizată legal pentru a practica medicina și/sau chirurgia, alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia până la gradul 2 inclusiv.

INVALIDITATEA TOTALĂ PERMANENTĂ înseamnă că Persoana Asigurată este incapabilă să se angajeze în fiecare și oricare ocupație sau funcție în schimbul unei compensații sau a unui profit și care, după toate probabilitățile va continua tot restul vieții.

INVALIDITATEA PARȚIALĂ PERMANENTĂ înseamnă că Persoana Asigurată a suferit o Vătămare Corporală sau afecțiune/îmbolnăvire, cu urmări permanente, detectabilă din punct de vedere medical, dar care nu împiedică Persoana Asigurată de a desfășura orice fel de muncă, de a exercita orice meserie sau profesie, în scopul obținerii unui venit, unui profit sau a unei compensații, pentru tot restul vieții.

Obiectul contractului

Asigurătorul oferă Persoanelor Asigurate protecție pentru Riscurile Asigurate sub rezerva și în condițiile prevederilor, excluderilor, limitărilor, rezervelor și declarațiilor din cuprinsul prezentelor condiții de asigurare. Asigurarea stipulată de prezentele condiții contractuale se referă numai la tipurile de asigurare care sunt indicate printr-o sumă specifică, menționată în cuprinsul acesteia.

Data intrării în vigoare a acoperirii individuale

Intrarea în vigoare a **Acoperirii Individuale** a Persoanelor Asigurate în temeiul prezentelor condiții de asigurare începe după cum urmează:

- a) **pentru Asiguratul Principal**, la data (în momentul) semnării confirmării de primire a Certificatului de Asigurare și a Termenilor și condițiilor de asigurare, care fac parte integrantă din acesta, precum și a acceptului privind plata primei de asigurare prin Serviciul de debitare automată;
- b) **pentru Asigurații Subsidiari**, la data la care sunt întrunite cu privire la persoana lor toate condițiile menționate la articolul de mai sus.

Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații la plată izvorâte din contractul de asigurare încheiat între Asigurător și Asiguratul Principal, pe baza acordului telefonic și a acceptării în scris a înrolării în asigurare prin semnarea confirmării de primire a documentelor, ce se transmit în urma acordului telefonic, oferindu-i-se o perioadă de gratuitate la plata primei de asigurare calculată o singură dată de la momentul semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare. Această perioadă de gratuitate cuprinde perioada între data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare de către Asiguratul Principal și ultima zi calendaristică a lunii următoare primirii documentelor de asigurare, prin care Asiguratul Principal confirmă

înscirarea în Programul de Asigurare reglementat de prezentele condiții de asigurare.

După expirarea acestei perioade de gratuitate, Persoana Asigurată beneficiază de asigurare prin debitarea automată a contului curent al Asiguratului Principal, menționat în Certificatul de Asigurare, cu valoarea primei de asigurare, doar cu condiția primirii de către Asigurător a confirmării de primire a documentelor privind asigurarea (Termenii și condițiile asigurării și Certificatul de Asigurare) de către Asiguratul Principal și care prezintă dovada înscrierii în Programul de Asigurare. În caz de neexistență a dovezii privind primirea acestor documente de către Asiguratul Principal, asigurarea nu se activează și nu se va debita contul curent al Asiguratului Principal cu valoarea primei de asigurare.

Acoperirea Individuală este valabilă o Lună de Asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunar la Data Scadentă. În cazul neplății primei de asigurare la Data Scadentă sau până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadenței, Acoperirea Individuală se suspendă pentru Luna de Asigurare neplătită și se reia prin plata primei la Data Scadentă sau la una din încercările succesive de debitare, pentru Luna de Asigurare următoare.

Teritoriul și durata acoperirii individuale

Acoperirea Individuală este valabilă în întreaga lume, 24 din 24 de ore, cât timp Asiguratul Principal a plătit prima de asigurare datorată, dacă nu se menționează altfel în prezentele condiții contractuale.

Acuratețea declarațiilor

Orice fraudă, declarație falsă sau omisiune care afectează Acoperirea Individuală contractată în baza acestei asigurări, va atrage încetarea de drept a respectivei Acoperiri Individuale, urmând ca toate Indemnizațiile de Asigurare ce s-ar fi cuvenit Beneficiarului să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie.

Asigurătorul nu este responsabil pentru acuratețea declarațiilor Persoanelor Asigurate.

Fapt material

În cazul în care vârsta, Invaliditatea Permanentă, tulburările psihice sau funcționale ale oricăreia dintre Persoanele Asigurate diferă în mod substanțial de cele acoperite sub această asigurare, Persoanei Asigurate nu i se va plăti Indemnizația de Asigurare în condițiile Acoperirii Individuale/Acoperirii Extinse. Asigurătorul își rezervă dreptul de a aproba și de a plăti o Indemnizație de Asigurare în cazul constatării diferențelor specificate mai sus. Indemnizația de Asigurare se va calcula proporțional cu primele de asigurare plătite efectiv, în conformitate cu regulile privind evaluarea Riscului Asigurat pe care Asigurătorul le folosește în legătură cu riscurile corespunzătoare.

Plata primei

Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadenței (menționată în Certificatul de Asigurare și care este data de 1 a fiecărei luni), pentru Luna de Asigurare imediat următoare, prin debitarea contului curent în Lei menționat în Certificatul de Asigurare, în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă, fiecare dintre ele în varianta Premium sau Clasic), cu condiția existenței dovezii privind confirmarea primirii documentelor de asigurare, cu plata primelor de asigurare prin Serviciul de debitare automată, astfel:

Tip acoperire	Prima lunară/Premium	Prima lunară/Clasic
Asigurare Individuală	25,00 RON	19,00 RON
Asigurare Extinsă/Familie	49,00 RON	37,00 RON

Plata primelor de asigurare de către Asiguratul Principal se realizează prin Serviciul de debitare automată contractat de către acesta de la Bancă, în baza căruia Banca execută în contul curent al Asiguratului Principal operațiunile de plată a primelor de asigurare inițiate de Asigurător, lunar, la Data Scadenței primei menționate în Certificatul de Asigurare. Dacă la Data Scadenței nu există disponibil în contul curent pentru plata integrală a primei de asigurare, se vor efectua reverificări ale acestuia în vederea plății, la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare pe parcursul lunii în care prima de asigurare este scadentă. Reverificările contului efectuate ulterior Datei Scadente în cadrul aceleiași luni constituie un beneficiu acordat Persoanelor Asigurate pentru evitarea situațiilor în care acestea nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului ca nu au avut disponibil necesar în cont la Data Scadenței.

Contul curent este acel cont (menționat în Certificatul de Asigurare) pe care Asiguratul Principal îl are deschis la Bancă, din care se va face debitarea automată a primelor de asigurare.

Data Scadenței primei de asigurare va fi considerată data de 1 a fiecărei Luni de Asigurare. În cazul în care această zi este nelucrătoare în luna respectivă, prima lunară se va retrage din contul curent al Asiguratului Principal, în ultima zi lucrătoare, anterioară Datei Scadente.

Dacă până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadenței, în zilele în care vor fi efectuate reverificările contului curent în Lei, soldul contului curent din care se face plata primei nu permite plata integrală într-o singură tranșă a primei de asigurare, cu excepția perioadei de gratuitate, Acoperirea încetează pentru Luna de Asigurare respectivă, suma insuficientă nefiind retrasă. Acoperirea va reîncepe pentru următoarele Luni de Asigurare, dacă prima de asigurare corespunzătoare acestora a fost plătită integral. Perioada maximă de suspendare este de 6 (șase) Luni de Asigurare consecutive, după care asigurarea se reziliază de plin drept, fără îndeplinirea vreunei formalități și fără intervenția instanțelor de judecată, prin simpla neexecutare a obligației de plată a primei de asigurare pentru 6 (șase) Luni de Asigurare consecutive.

Această asigurare nu are componentă de investiții, valoare de răscumpărare și nici perioadă de grație, iar valoarea primelor achitate de către Asiguratul Principal nu se restituie la încetarea acoperirii prin asigurare.

Acordarea Indemnizațiilor de Asigurare

Valoarea Indemnizației de Asigurare va fi cea corespunzătoare tipului de asigurare pentru care a optat Asiguratul Principal și nivelului de primă care a fost achitată, astfel:

Riscuri Asigurate	Premium			Clasic		
	Individual	Familie		Individual	Familie	
	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Sot/Sotie și copil	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Sot/Sotie și copil
Intervenție chirurgicală din Accident	%10.000	%10.000	%13.000	%7.500	%7.500	%10.000
Intervenție chirurgicală din Îmbolnăvire	%6.500	%6.500	-	%5.000	%5.000	-
Deces din Îmbolnăvire	300	588	-	228	444	-

Decesul ca urmare a unei Îmbolnăviri

În cazul în care, ca urmare a unei Îmbolnăviri, Persoana Asigurată decedează, Asigurătorul va plăti Beneficiarului Suma Asigurată, cu condiția ca Decesul să fi survenit în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale.

Beneficiu chirurgical ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri

În cazul în care, ca rezultat al unei Vătămări Corporale sau a unei Îmbolnăviri, Persoanei Asigurate i se va acorda îngrijire medicală într-un Spital și va fi supusă unei proceduri chirurgicale necesare, prestată de un Medic, Asigurătorul va plăti o Indemnizație de Asigurare pentru costul procedurii, limitată la Procentajul din Beneficiul Maxim, specificat în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale (Tabel nr. 1), pentru intervenția chirurgicală efectuată.

Dacă se efectuează mai multe proceduri chirurgicale în aceeași ședință operatorie, Indemnizația de Asigurare va fi limitată la cel mai ridicat procentaj din Beneficiul Maxim aplicabil acestor proceduri.

Pentru orice procedură nespecificată în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale (Tabel nr. 1), Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o procedură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului când acea operație este exclusă în mod expres printr-o clauză cuprinsă în prezentele condiții de asigurare.

Asigurătorul va fi notificat de către Persoana Asigurată în termen de cel mult 30 (treizeci) de zile lucrătoare de la data producerii Riscului Asigurat, în scris la adresa Metropolitan Life Asigurări S.A., B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, Sector 1, București, sau prin telefon, la numărul 021.208.41.00 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), de luni până vineri între orele 08:30 - 19:00.

Toate pretențiile la Indemnizația de Asigurare vor fi adresate Asigurătorului în scris sau prin telefon de către Persoana Asigurată, acesteia revenindu-i și responsabilitatea furnizării certificatelor, datelor, informațiilor și documentelor cerute în mod rezonabil și curent de către Asigurător, care se vor prezenta în forma și natura

specificată de Asigurător și nu vor implica niciun cost pentru acesta din urmă.

Cererea pentru Indemnizația de Asigurare va conține următoarele date și informații și i se vor atașa cel puțin următoarele documente, după caz:

- numărul contului curent al Asiguratului Principal;
- numele Persoanei Asigurate;
- numărul Certificatului de Asigurare;
- descrierea detaliată a circumstanțelor producerii Accidentului și numele eventualilor martori;
- orice rapoarte ale organelor de poliție privitoare la Accident;
- raportul medical preliminar care să descrie natura și gravitatea rănilor și să precizeze diagnosticul precis;
- biletul de ieșire din Spital/document oficial emis de instituția sanitară privind perioada de spitalizare a Persoanei Asigurate;
- copie după documentația medicală care confirmă intervențiile chirurgicale efectuate;
- fișa medicală de la medicul de familie privind istoricul medical al Persoanei Asigurate;
- copia actului de identitate a Persoanei Asigurate.

În cazul în care Asigurătorul va considera necesar, Persoana Asigurată se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror Vătămări Corporale, costurile aferente fiind suportate de către Asigurător. După survenirea oricărei Vătămări Corporale, Persoana Asigurată va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea obținerii și urmării recomandărilor primite, iar Asigurătorul nu va fi responsabil pentru consecințele apărute în urma refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate.

După primirea de către Asigurător a tuturor informațiilor solicitate și necesare pentru stabilirea Indemnizației de Asigurare, aceasta se va plăti fără dobândă, în termen de 15 (cincisprezece) zile calendaristice de la momentul stabilirii, fără însă a se putea depăși 20 (douăzeci) de zile calendaristice de la primirea dosarului complet pentru Indemnizația de Asigurare de către Asigurător.

Indemnizațiile de Asigurare se plătesc de către Asigurător în orice cont indicat de către Asiguratul Principal, deschis la Bancă sau, după caz, în alt cont indicat de către Persoana Asigurată.

În niciun caz, Persoanele Asigurate nu vor putea solicita plata nici unei Indemnizații de Asigurare în afara prevederilor prezentei asigurări.

Odată cu plata Indemnizației de Asigurare, Asigurătorul va restitui Persoanei Asigurate și prima/primele de asigurare plătite de Asiguratul Principal după data producerii Riscului Asigurat până la data încasării Indemnizației de Asigurare, în cazul în care Riscul Asigurat produs a avut ca efect încetarea asigurării încheiate de către Asiguratul Principal.

Modificarea acoperirii individuale

După data începerii Acoperirii Individuale Asiguratul Principal poate solicita oricând pe durata contractului modificarea asigurării pentru care a optat inițial și implicit, a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon 0264.286.444 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

Noua variantă de asigurare aleasă de către Asiguratul Principal va produce efecte începând cu Luna de Asigurare pentru care s-a achitat prima de asigurare modificată.

Încetarea asigurării contractate de Asiguratul Principal

(A) **Asigurarea contractată de Asiguratul Principal** (implicit și **Acoperirea Individuală**) va înceta pentru toate Persoanele Asigurate la primul din următoarele momente:

- la 3 (trei) ani de la data încetării Poliței de Grup în temeiul căreia s-a emis Certificatul de Asigurare, din orice cauză;
- la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare în cazul în care se încheie contul curent, desemnat pentru plata primelor sau se renunță la Serviciul de debitare automată sau încetează Polița de Grup;
- la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maximă admisă (65 de ani);
- la data Decesului sau a Invalidității Totale Permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta asigurării contractate;
- la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate după expirarea perioadei de gratuitate;

6. la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de încetare a asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate, calculată o singură dată de la data primirii confirmării de primire a documentelor privind asigurarea și Serviciul de debitare automată, semnată de Asiguratul Principal și până la prima Data Scadentă, indiferent de varianta asigurării contractate.

(B) Asigurătorul, fiind informat cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevăzute mai sus, se obligă să informeze Banca cu privire la acest eveniment și la necesitatea încetării debitării automate a contului curent deschis la aceasta.

Asiguratul Principal are dreptul de a denunța unilateral contractul de asigurare în termen de 30 (treizeci) de zile calculat de la data primirii Certificatului de Asigurare conținând Termenii și condițiile asigurării, fără plata vreunei penalități și cu restituirea eventualelor prime plătite înăuntrul acestui termen de denunțare unilaterală. Contractul poate fi denunțat oricând și după îndeplinirea acestui termen, însă primele de asigurare plătite până la acel moment nu vor fi restituite. Notificarea de denunțare unilaterală se va depune la sediul Asigurătorului și va trebui să conțină datele de identificare ale Asiguratului Principal, numărul contului curent și semnătura acestuia. Contractul de asigurare poate fi denunțat și telefonic la numărul de telefon dedicat (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

Încetarea Acoperirii Individuale nu va afecta nicio pretenție la Indemnizația de Asigurare formulată ulterior intervenirii oricăruia dintre cazurile de încetare, dacă Îmbolnăvirea sau Accidentul s-au produs în perioada cât Acoperirea Individuală era în vigoare și este în concordanță cu Termenii și condițiile din prezentele condiții de asigurare.

Asigurătorul va restitui Asiguratului Principal orice primă de asigurare plătită de acesta după data încetării Acoperirii.

Asiguratul Principal poate solicita încetarea asigurării cel târziu cu 2 (două) zile lucrătoare înainte de Data debitării primei de asigurare (datele în care se va încerca debitarea primei de asigurare și care coincide cu Data Scadenței sau cu reverificări la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare), formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 0264.286.444 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom), apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00. Ca urmare a unei astfel de cereri asigurarea se reziliază odată cu cererea telefonică a Asiguratului Principal și orice operațiune de plată viitoare inițiată de Asigurător va fi considerată neautorizată. În cazul în care Asiguratul Principal solicită rezilierea asigurării la o dată ulterioară datei menționate mai sus, prima de asigurare nu se va restitui.

Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste Condiții Speciale nu se vor aplica Îmbolnăvirilor sau Vătămărilor Corporale cauzate sau provocate de sau prin:

- război sau război civil;
- acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate;
- folosirea de către Persoana Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise de către Medici autorizați;
- consumul de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Persoanei Asigurate ce depășește limitele prescrise de legislația referitoare la circulația autovehiculelor pe drumurile publice sau de droguri;
- sinuciderea și tentativa de sinucidere a Persoanei Asigurate, indiferent de starea sa mentală, pe durata primilor 2 (doi) ani de la data intrării în vigoare a asigurării; în caz de sinucidere sau tentativă de sinucidere după cei 2 (doi) ani, Asigurătorul va plăti Suma Asigurată, în funcție de nivelul de prime plătite de către Asiguratul Principal.

Următoarele excluderi sunt aplicabile doar evenimentelor consecință a unui Accident, nu și celor consecință a unei Îmbolnăviri:

- infecții bacteriene, cu excepția infecției piogenice survenind dintr-o tăiere sau rănire accidentală;
- tratamentul medical sau chirurgical, cu excepția aceluia necesar pentru Vătămările Corporale acoperite de aceste Condiții Speciale și efectuat în perioada menționată în Condițiile Speciale.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud de asemenea toate Îmbolnăvirile sau Vătămările Corporale survenite în împrejurările următoare:

- participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;

b. participarea activă a Persoanei Asigurate, în calitate de concurent, la orice competiție implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian;

c. călătoria cu sau conducerea de către Persoana Asigurată a unei motociclete sau scooter de mai mult de 125 cm³, dacă nu se specifică altfel printr-o anexă specială;

d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager plătit într-un aparat de zbor ce nu aparține unei societăți de transporturi aeriene autorizate legal pentru transportul de pasageri plătitori, pe rute programate, regulate și publicate;

e. serviciul activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;

f. participarea activă a Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni;

g. utilizarea de către Persoana Asigurată, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibi, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

Dacă nu se specifică altfel, Asigurătorul nu va despăgubi și nu va deveni răspunzător pentru nicio pretenție referitoare la evenimente care apar ca urmare a efectuării serviciului militar în armată, într-un alt fel decât cea indicată la punctul anterior, în orice țară. Prin efectuarea serviciului militar în armată înseamnă toate actele militare, în special, exerciții, manevre și alte operațiuni militare de natură similară.

Dacă nu se specifică altfel, Asigurătorul nu va despăgubi și nu va deveni răspunzător pentru nicio pretenție referitoare la:

- orice anomalie congenitală;
- orice afecțiune, deces, pierdere sau cheltuială legată de HIV (Virusul Imuno-Deficienței Umane) și/sau orice boală legată de HIV, inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite) și/sau orice mutație derivativă sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;
- oricare tratament pentru oricare afecțiune mintală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihiatrică, depresie mentală sau dezordine mentală;
- tratamente de orice natură și orice internări în instituții de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescenți, centre de dezintoxicare, etc.);
- tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de un Accident;
- chirurgie plastică sau cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei Vătămări Corporale;
- orice afecțiune sau boală preexistentă.

Asigurarea pentru intervențiile chirurgicale datorate Îmbolnăvirii oferă protecție în cazul Îmbolnăvirii Persoanei Asigurate, unde Îmbolnăvirea este definită ca modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate. Sarcina, inclusiv nașterea, este considerată stare fiziologică, nu boală, în consecință sunt excluse de la plata beneficiilor. Totodată intervențiile chirurgicale datorate modificării organice sau funcționale a stării normale de sănătate a fătului (ex: întreruperea sarcinii datorată sindromului Down sau nașterea prematură datorată problemelor de sănătate ale copilului, etc.) nu sunt acoperite prin asigurare. Intervențiile chirurgicale datorate Îmbolnăvirii (modificarea stării de sănătate) a mamei asigurate (ex: intervenția chirurgicală pentru sarcina extrauterină, etc.) sunt acoperite prin această asigurare. Oricare intervenții chirurgicale asociate sarcinii normale nu sunt acoperite prin asigurare. Intervenția chirurgicală cezariană va fi acoperită doar dacă se datorează Îmbolnăvirii mamei, orice intervenții chirurgicale programate nefiind acoperite.

Nu se va efectua nicio plată în caz de Intervenție chirurgicală corelată cu o Îmbolnăvire apărută în primele 90 (nouăzeci) de zile de la Data intrării în vigoare a asigurării. În această perioadă vor fi acoperite numai Intervențiile chirurgicale din Accident.

Nu se va efectua nicio plată în caz de Intervenție chirurgicală a amigdalelor în primele 180 (osutăoptzeci) de zile de la Data intrării în vigoare a asigurării.

Dacă nu se specifică altfel, Asigurătorul nu va despăgubi și nu va deveni răspunzător pentru nicio pretenție referitoare la evenimentele care apar ca urmare a efectuării serviciului militar în armată, într-un alt fel decât cea indicată la punctul anterior, în orice țară. Prin efectuarea serviciului militar în armată înseamnă toate actele militare, în special, exerciții, manevre și alte operațiuni militare de natură similară.

Legea aplicabilă și jurisdicția

Prezența asigurare este guvernată de legea română. Legile aplicabile acestei asigurări sunt: Codul Civil, Legea nr. 136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, Ordonanța Guvernului nr. 85/2004 privind protecția consumatorilor la încheierea și executarea contractelor la distanță privind serviciile financiare, cu modificările și completările ulterioare.

Persoana Asigurată și Asigurătorul vor încerca soluționarea pe cale amiabilă a oricăror litigii rezultate din executarea contractului de asigurare. Orice reclamații adresate Asigurătorului de către Persoana Asigurată în legătură cu executarea contractului de asigurare vor trebui formulate în scris, sub semnătura autorului, cu indicarea obiectului reclamației, a motivelor acesteia, a eventualelor mijloace de probă, a domiciliului și a datelor de identificare ale autorului (CNP, număr și serie act de identitate, numerele tuturor contractelor la care se referă reclamația) și vor fi depuse personal de către acesta sau transmise prin fax/scrisoare recomandată cu confirmare de primire la sediul Asigurătorului sau prin e-mail la adresa client@metropolitanlife.ro, ori pe site-ul Asigurătorului pe www.metropolitanlife.ro, cu condiția completării tuturor câmpurilor obligatorii. Asigurătorul, prin Colectivul de analiză și soluționare a petițiilor, va analiza reclamația, iar dacă va considera necesar va putea invita autorul la sediul său pentru susținerea reclamației sau va putea solicita acestuia prezentarea de explicații și/sau documente și îi va comunica răspunsul său în termen de 30 (treizeci) de zile de la înregistrarea reclamației, prin fax/scrisoare recomandată cu confirmare de primire, fără ca acest mod de soluționare al litigiilor să constituie o restrângere a dreptului Persoanei Asigurate de a recurge la procedurile judiciare legale.

Taxe, impozite și onorarii

Taxele, onorariile și impozitele referitoare la operațiunile necesare plății primei de asigurare, dacă este cazul, se vor suporta de către Persoanele Asigurate împreună cu primele de asigurare și la momentul plății acestora. Beneficiarul care încasează Indemnizația de Asigurare va plăti impozitele, onorariile notariale și taxele aferente acestei Indemnizații de Asigurare, conform normelor legale în vigoare la data încasării acesteia.

Forța majoră

Părțile sunt exonerate de răspundere în cazul neexecutării, executării necorespunzătoare sau cu întârziere a obligațiilor contractuale în caz de forță majoră, pe toată durata existenței acesteia.

Prin forță majoră se înțelege un eveniment independent de voința Părților, imprevizibil și insurmontabil, apărut după încheierea Poliței de Grup, care împiedică Părțile să-și execute obligațiile asumate.

Evenimentul de forță majoră se va comunica în scris în termen de 5 (cinci) zile calendaristice de la apariția sa. Documentele oficiale care atestă existența evenimentului de forță majoră certificate de Camera de Comerț și Industrie a României, vor fi comunicate celeilalte Părți în termen de 15 (cincisprezece) zile calendaristice de la data apariției forței majore.

În cazul în care forța majoră, notificată în condițiile menționate în precedent, durează mai mult de 30 (treizeci) de zile calendaristice, oricare dintre Părți va putea notifica celeilalte Părți încetarea de drept a prezentului contract, fără ca acestea să-și datoreze daune interese.

Fondul de garantare

Prin legea nr. 136/1995 privind asigurările și reasigurările din România, cu modificările și completările ulterioare, s-a constituit Fondul de garantare, destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate în condițiile Legii nr. 136/1995, în cazul constatării insolvenței Asigurătorului. Fondul de garantare, constituit prin contribuția asigurătorilor și al cărui scop constă în protejarea asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, este administrat și utilizat de către autoritatea de reglementare și supraveghere în domeniul asigurărilor.

Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare

În conformitate cu prevederile Legii nr. 571/2003 (Codul fiscal), cu modificările și completările ulterioare, nu constituie venituri impozabile sumele încasate din asigurări de orice fel reprezentând Indemnizații de Asigurare, sume asigurate, precum și orice alte drepturi cu excepția câștigurilor primite de la societățile de asigurări ca urmare a contractului de asigurare încheiat între Părți, cu ocazia tragerilor de amortizare. Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a modificării, abrogării unor reglementări chiar de nivel inferior care să le circumstanțieze aplicabilitatea.

Tabel nr. 1

Plăți pentru Intervenții chirurgicale ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri

Procent din Suma Asigurată	
Descrierea Procedurii Chirurgicale	Procentajul/Beneficiul Maxim (%)
ABDOMEN	
Apendicectomie	35
Rezecția intestinală	70
Rezecția gastrică	70
Gastro - enterostomie	60
Colecistectomie	60
Laparatomie în scop de diagnostic, tratament sau extirparea unuia sau mai multor organe interne	50
Dacă nu este altfel specificat în continuare, două sau mai multe proceduri chirurgicale efectuate prin aceeași incizie abdominală vor fi considerate o singură intervenție chirurgicală.	
ABCES	
Incizia unuia sau mai multor abcese superficiale sau furuncule	5
Tratamentul unuia sau mai multor cabuncule sau abcese care necesită spitalizarea	10
AMPUTARE	
Degete de la mână sau picior, fiecare dintre ele	10
Mână, antebraț sau picior până la nivelul gleznei	20
Picior, braț sau coapsă	40
Coapsa până la nivelul articulației șoldului	70
SÂNI	
Amputarea unuia sau ambilor sâni, cu rezecție radicală până în axilă	70
Amputarea simplă a unuia sau a ambilor sâni	40
TORACE	
Toracoplastie completa (toracotomie)	100
Lobectomie sau pneumectomie	70
Toracectomie în scop de diagnostic sau pentru tratamentul organelor interne, cu excepția extragerii lichidului	30
Extragerea puroiului, cu excepția extragerii lichidului	10
Pneumotorax artificial	10
Bronhoscopie:	
• pentru diagnostic	10
• operativă, exclusiv biopsie	20
URECHE	
Intervenție chirurgicală asupra timpanului	5
Mastoidectomie radicală, unilateral	50
Mastoidectomie radicală, bilateral	60
Miringotomie, uni sau bilaterală	100
ESOFAG	
Intervenție chirurgicală pentru strictură esofagiană	40
Endoscopie	10
OCHI	
Dezlipire de retină – fuzionare multiplă	100
Cataractă	50
Glaucom	30
Enucleere	30
Excizia pterigionului	20
Incizia unui orjelet sau chalasion	5

FRACTURI	
Tratament:	
• Claviculă, omoplat sau antebraț, un singur os	15
• Tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10
• Femur	40
• Humerus	25
• Degete de la mână sau picior, fiecare din acestea, sau o coastă	5
• Antebraț - ambele oase, rotulă, fără să necesite tracțiune	20
• Gambă - ambele oase	30
• Mandibulă	20
• Carpiene, metacarpiene, piramidă nazală, coaste - două sau mai multe, sau stern	10
• Pelvis, fără să necesite tracțiune	30
• Procese transversale vertebrale, fiecare dintre acestea	5
• Vertebre, fractură prin compresie, una sau mai multe	40
• Articulația pumnului	10
Fractură deschisă - cominutivă: • Pentru o fractură ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, inclusiv transplant de os sau sutura oaselor, se dublează procentele de mai sus, cu condiția ca indemnizația maximă să nu depășească 100	

APARATUL URO - GENITAL	
Nefrectomie	70
Fixarea rinichiului	70
Intervenție chirurgicală de îndepărtare a tumorilor sau calculilor renali, ureterali sau vezicali:	
• Prin intervenție chirurgicală	60
• Prin cauterizare sau prin endoscopie	20
Intervenție chirurgicală pentru strictura uretrei sau deschiderea uretrei	30
Intervenție chirurgicală intra - uretrală	15
Prostată:	
• Prostatectomie totală	70
• Prostatectomie parțială endoscopică	25
• alt tip de operație	50
Orhitectomie sau epididimectomie	25
Hidrocel sau variocel	10
Intervenție chirurgicală pentru extirparea tumorilor fibroide fără abordare abdominală	20
Cezariana	20

GUȘĂ TIROIDIANĂ	
Tiroidectomie, incluzând toate stadiile de procedură chirurgicală	70

HERNIE	
Tratament injectabil- ciclu complet:	
• Hernie unilaterală	20
• Hernie bilaterală	50
Intervenție chirurgicală radicală, inclusiv metoda de tratament prin injectare:	
• Hernie unilaterală	20
• Hernie bilaterală	50

ARTICULAȚII ȘI LUXAȚII	
Incizie articulară pentru tratamentul unei boli sau tulburări funcționale, cu excepțiile menționate în continuare și cu excepția extragerii lichidului	15
Alte cazuri decât cele menționate mai sus, incizie la umăr, cot, șold sau articulația genunchiului, cu excepția extragerii lichidului	40
Excizia, fixarea prin operație, dezarticularea sau artroplastia la:	
• umăr, șold sau coloana vertebrală	75
• genunchi, cot, încheietura mâinii sau gleznă	30
Luxație la:	

• degetele de la mână sau picior, fiecare dintre acestea	5
• umăr sau cot, încheietura mâinii sau gleznă	15
• mandibulă	5
• șold sau genunchi, cu excepția rotulei	20
• rotulă	5
Pentru o luxație ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, procentajul se dublează, cu condiția ca indemnizația maximă să nu depășească 100	

NAS	
Intervenție chirurgicală intranasală de sinus maxilar	15
Intervenție chirurgicală extranasală de sinus	35
Vegetații adenoide, extragerea unuia sau mai multora	5
Rezeecție submucoasă	25
Turbinectomie	10

PARACENTEZĂ	
Extragere de lichid din:	
• Abdomen	10
• Torace sau vezică, exceptând cateterizarea	5
• Timpan, hidrocel, articulații sau coloana vertebrală	5

RECT	
Rezeecție radicală de tumori maligne, toate stadiile, inclusiv colostomie	100
Hemoroizi externi, excizie completă	10
Hemoroizi interni, sau interni și externi, inclusiv prolaps rectal, total pentru excizie sau tratament complet prin injectare	20
Fistulă anală	15
Fisură anală	5
Alte operații cu incizie în zona rectală	20

CRANIU	
Incizia calotei craniene, exceptând trepanarea și extragerea de lichid	100
Îndepărtare de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30

GÂT	
Amigdalectomie sau amigdalectomie și adenoidectomie:	
• adulți și copii de 15 ani sau mai mult	10
• copii sub 15 ani	15
Laringoscopie în scop de diagnostic	5

TUMORI	
Intervenție chirurgicală de extirparea de:	
• tumori maligne, exceptându-le pe cele ale mucoaselor, pielii și țesutului subcutanat	50
• tumori maligne ale mucoaselor, pielii și țesutului subcutanat	25
• sinus sau chist pilonidal, prin incizie	25
• tumori benigne ale testiculilor sau sânilor	20
• ganglioni	5
• tumori benigne, una sau mai multe, cu excepțiile menționate	10

VENE	
Intervenție chirurgicală completă pentru boală varicoasă - procedură completă sau tratament prin injectare:	
• la un picior	20
• la ambele picioare	30

Despre Metropolitan Life

- ▶ Este **numărul 1** în asigurări garantate – accidente și îmbolnăvire
- ▶ Este **numărul 2** în piața de asigurări de viață, cu 16% cotă de piață
- ▶ Are **15 ani de activitate** pe piața locală de asigurări de viață
- ▶ **2 milioane de clienți** beneficiază de asigurări de viață sau pensii private obligatorii oferite de companiile noastre.

Metropolitan Life este companie afiliată MetLife, un lider global în asigurări, planuri de pensii și programe de beneficii pentru angajați. MetLife deține poziții de conducere în piețe din Statele Unite, Japonia, America Latină, regiunea Asia, Europa și Orientul Mijlociu.



**Asigurătorul
Anului 2013,**
asigurări de viață,
Gala Premiilor
Piața Financiară



*alături de tine
în România*

Metropolitan Life Asigurări S.A.

B-dul. Lascăr Catargiu 47-53, RO-010665, Sector 1, București

Nr. ORC J40/9186/1999, CUI 12295479

Autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor

Cod unic: RA 001/10.04.2003

Capital social subscris și vărsat: 336.011.066 Lei

Tel.: +4.021.208.41.00 / Fax: +4.021.208.41.04

client@metropolitanlife.ro / www.metropolitanlife.ro

01901115

© 2014 MetLife, INC.

PEANUTS © 2014 Peanuts Worldwide