

**CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PENTRU SPITALIZARE ȘI
INTERVENȚII CHIRURGICALE
(CGASIC)**

- GRAWE ROMÂNIA ASIGURARE SA –

Valabile de la 01.08.2015

PREVEDERI GENERALE

Articolul 1: Definiții

1. **Asigurătorul** este societatea de asigurări GRAWE ROMÂNIA ASIGURARE S.A., societate administrată în sistem dualist.
2. **Contractantul** este persoana care, în calitate de partener contractual, încheie contractul de asigurare cu asigurătorul, și care se obligă să plătească primele de asigurare.
3. **Asiguratul** este persoana cu vârsta de minimum 18 ani a cărei stare de sănătate face obiectul asigurării.
4. **Polița de asigurare** este un document scris, emis de asigurător către contractant, care confirmă încheierea contractului de asigurare. Din polița de asigurare și din anexele la poliță (textul complet al condițiilor de asigurare) rezultă întregul conținut stabilit al contractului.
5. **Durata** contractului de asigurare se stabilește de partenerii contractuali și este menționată în polița de asigurare.
6. **Boala** este orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a organismului, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice.
7. **Intervenția chirurgicală** este o procedură medicală ce implică o incizie pe care o suferă asiguratul într-un spital (conform articolului 1 punctul 11 din prezentele condiții de asigurare), este efectuată de un chirurg și pentru efectuarea căreia sunt necesare de regulă dotările unei săli de operații.
8. **Accidentul** este un eveniment care se produce independent de voința asiguratului, are efect spontan și din exterior asupra corpului său din punct de vedere mecanic sau chimic și aduce cu sine o vătămare corporală sau decesul.
9. **Medicul** este o persoană ce posedă o diplomă medicală, are drept de liberă practică în România, respectiv în țările în care este valabilă prezenta asigurare, și care acționează în limitele specialității licenței sale.
10. **Chirurgul** este o persoană ce posedă o diplomă medicală, are drept de liberă practică în România, respectiv în țările în care este valabilă prezenta asigurare și are specialitate într-o disciplină chirurgicală.
11. **Spitalul** este o unitate medicală ce funcționează conform legii în cadrul sistemului medical public sau privat pentru îngrijirea și tratarea persoanelor rănite sau bolnave, are facilități pentru diagnosticare și chirurgie, are serviciu permanent de îngrijire (24 ore) cu asistente medicale specializate și este supravegheat permanent (24 ore) de unul sau mai mulți medici.

Nu sunt incluse în categoria "spital": unitățile de îngrijire și odihnă, de convalescență (recuperare), de geriatrie, sanatoriile, căminele de bătrâni, centrele de dezintoxicare, unitățile de tratament și îngrijire pentru suferinzi de boli neuropsihice.

12. **Tratament curativ staționar** în sensul prezentelor condiții de asigurare este considerat tratamentul curativ în cadrul internării, necesare din punct de vedere medical, într-un spital. Se consideră zi de internare fiecare zi calendaristică (24 ore) în care asiguratul este internat într-un spital pentru a fi tratat în urma unui eveniment asigurat.

13. **Condiție medicală preexistentă** - orice suferință, vătămare corporală ori modificare a stării de sănătate (boală, semne, simptome, dureri) ce s-a manifestat anterior intrării în vigoare a prezentei asigurări, indiferent dacă a fost solicitat vreun tratament medical sau nu. Orice astfel de condiție medicală, despre care contractantul asigurării ori asiguratul are, a avut cunoștință sau se poate presupune în mod rezonabil că ar fi putut avea cunoștință, va fi considerată condiție medicală preexistentă. Orice condiție medicală apărută între data semnării cererii de asigurare și începutul asigurării trecut în polița de asigurare emisă de asigurător va fi de asemenea considerată condiție medicală preexistentă.

14. **Necesar din punct de vedere medical** – serviciile de asistență medicală și materialele medicale stabilite de asigurător ca fiind adecvate din punct de vedere medical și care întrunesc cumulativ următoarele condiții:

- 14.1. sunt necesare pentru satisfacerea nevoilor de sănătate de bază ale persoanei asigurate
- 14.2. sunt prestate în maniera cea mai potrivită atât din punct de vedere medical, cât și al furnizării serviciilor medicale, luând în considerare costurile și calitatea îngrijirii medicale
- 14.3. sunt în concordanță, din punct de vedere al tipului, frecvenței și duratei tratamentului, cu liniile directoare stabilite pe baze științifice ale organizațiilor medicale, de cercetare, de îngrijire a sănătății ori ale agențiilor guvernamentale acceptate de companie
- 14.4. sunt în concordanță cu diagnosticul
- 14.5. sunt necesare din alte motive decât confortul persoanei asigurate ori al medicului curant
- 14.6. sunt demonstrate prin literatura medicală de specialitate ca fiind fie:
 - 14.6.1. sigure și eficiente pentru tratarea sau diagnosticarea afecțiunii sau bolii pentru care sunt propuse, fie
 - 14.6.2. sigure și cu perspective de eficiență favorabile:
 - în tratarea unei boli sau afecțiuni ce pune viața în pericol,
 - în cadrul unui studiu controlat clinic.

În sensul prezentei definiții, termenul "ce pune viața în pericol" este utilizat pentru descrierea bolilor sau afecțiunilor la care probabilitatea de deces este mai mare decât cea de supraviețuire în decurs de un an de la data solicitării.

Articolul 2: Contractul de asigurare

1. Prin contractul de asigurare se stabilesc de comun acord drepturile și obligațiile partenerilor din contractul de asigurare. Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare stabilită în contract în cazul producerii unui eveniment asigurat. Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare.
2. Cererea de asigurare, polița de asigurare, condițiile de asigurare, precum și programul de asigurare constituie contractul de asigurare.
3. După primirea cererii de asigurare, asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita completări și prezentarea unor documente suplimentare (în special rezultatele examinărilor medicale). În acest caz, cererea de asigurare se consideră ca fiind ajunsă la

asigurător doar în momentul în care asigurătorul obține completările și documentele solicitate.

Articolul 3: Perioada de așteptare

1. Perioada de așteptare este un interval de timp ce începe din data specificată ca dată de începere a asigurării în poliță, pe durata căreia asigurătorul este exonerat de la plata indemnizației.

2. Perioada generală de așteptare este de trei luni. Perioada generală de așteptare este valabilă în măsura în care în poliță nu există prevederi speciale.

3. Perioada de așteptare nu se aplică în cazul accidentelor și nici pentru următoarele boli infecțioase acute: rujeolă (pojar), varicelă (vărsat de vânt), scarlatină, difterie, tuse convulsivă, oreion, poliomielită, meningită, dizenterie, tifos și paratifos, holeră, variolă, febră recurentă, malarie, antrax, erizipel, febră galbenă, ciumă, tularemie, psitacoză, tetanos, hepatită acută de tip A.

Articolul 4: Teritorialitatea

1. Asigurarea pentru spitalizare și intervenții chirurgicale este valabilă în țările membre ale Uniunii Europene, cu excepția zonelor declarate oficial zone de conflict internațional.

2. Acoperirea în afara granițelor României este valabilă numai dacă asiguratul va face dovada că a efectuat înainte de plecare tratamentul preventiv obligatoriu (pentru țările în legătură cu care există prevederi oficiale în acest sens).

Articolul 5: Încheierea contractului de asigurare

1. Contractul de asigurare se încheie în baza unei cereri scrise. Contractantul și asiguratul vor declara în cererea de asigurare toți factorii care au relevanță pentru evaluarea riscurilor.

2. Asigurătorul are dreptul de a verifica starea de sănătate a asiguratului. Asiguratul și contractantul vor prezenta asigurătorului, la cererea acestuia din urmă sau din proprie inițiativă, toate informațiile suplimentare (privind profesia, sporturile practicate etc.) necesare unei corecte evaluări a riscului preluat de asigurător, însoțite de înscrisuri probatoare, după caz.

3. În cazul unui risc mărit față de nivelul de risc standard stabilit de asigurător, se pot stabili prime de asigurare suplimentare sau condiții speciale de asigurare. Asigurătorul poate să refuze acceptarea riscurilor mărite fără a fi obligat să justifice în vreun fel decizia sa. În acest caz, restituirea primelor de asigurare către contractant se va efectua fără plata niciunei dobânzi sau majorări, adaptări, penalizări, etc.

Articolul 6: Durata contractului de asigurare

Contractul de asigurare se poate încheia pe o durată de minimum 3 ani și maximum 10 ani.

Articolul 7: Începutul și încetarea protecției prin asigurare

1. Contractul de asigurare se încheie numai dacă asigurătorul îi confirmă contractantului, în scris, primirea cererii de asigurare, respectiv îi trimite polița de asigurare.

2. Protecția prin asigurare începe la ora 00.00 a zilei specificate ca dată de începere a asigurării în poliță, dar în niciun caz mai devreme de expirarea perioadei de așteptare, cu condiția ca prima de asigurare să fie achitată la acea dată.

3. Dacă prima de asigurare inițială nu a fost plătită până la data specificată ca dată de începere a asigurării în poliță, protecția prin asigurare începe la ora 24.00 a zilei în care a fost efectuată plata, dar în niciun caz mai devreme de expirarea perioadei de așteptare.

4. Protecția prin asigurare încetează prin retragerea, rezilierea, expirarea duratei și prin anularea de comun acord a contractului.

5. Protecția prin asigurare încetează la ora 00.00 a zilei trecute în poliță ca dată de încetare a asigurării. Intervențiile chirurgicale și spitalizările ce au loc după data de încetare a asigurării nu sunt acoperite prin asigurare, chiar dacă accidentul sau boala ce necesită spitalizare ori tratament prin intervenție chirurgicală au apărut în perioada de valabilitate a asigurării.

Articolul 8: Domeniul de aplicabilitate

În măsura în care în polița de asigurare nu există prevederi speciale, sunt valabile următoarele prevederi generale:

1. Nu se plătesc despăgubiri pentru cheltuielile legate de transportul asiguratului la medic, respectiv la spital și înapoi.

2. Nu se plătesc despăgubiri pentru produsele și dispozitivele medicale pentru îngrijire și recuperare.

Articolul 9: Limitele de aplicabilitate

1. Nu sunt acoperite prin asigurare spitalizarea și intervențiile chirurgicale:

1.1. cauzate de orice condiție preexistentă, și anume orice boli sau accidente apărute înainte de data completării cererii de asigurare

1.2. ce se datorează unor boli sau accidente apărute anterior datei de începere a asigurării

1.3. ce au avut loc anterior datei de începere a asigurării.

2. Pentru bolile și urmările accidentelor ce au fost tratate inițial în perioada generală de așteptare (articolul 3 punctul 2), precum și pentru bolile aflate în legătură de cauzalitate directă cu acestea, nu se acordă protecție prin asigurare pentru o perioadă de maximum trei ani de la începutul asigurării.

3. Nu sunt acoperite prin asigurare spitalizarea și intervențiile chirurgicale pentru bolile, accidentele și urmările acestora, cauzate direct sau indirect de:

3.1. intenția contractantului sau a asiguratului

3.2. încercarea sau comiterea intenționată a unei contravenții sau infracțiuni de către asigurat

3.3. efectele calamităților naturale: cutremure, erupții vulcanice, inundații, alunecări de teren

3.4. efectele energiei nucleare, izotopilor radioactivi sau razelor ionizante, contaminarea chimică

3.5. participarea la război sau operațiuni similare unui război - fie că războiul a fost declarat sau nu, ostilități, război civil, revoluție, rebeliune, răscoală sau mișcare socială de proporțiile unei răscoale, sabotaj, acte de terorism, acte de violență, orice măsuri militare sau oficiale care sunt în legătură cu evenimentele menționate mai sus

3.6. consumul voluntar de alcool, medicamente sau alte substanțe chimice cum ar fi narcoticele, sedativele, tranchilizantele; măsurile și curele de dezintoxicare

3.7. folosirea de către asigurat a unui aparat de zbor ce diferă în oricare măsură de tipul de aparat de zbor standard, admis pentru transport aerian, aflat în proprietatea sau în uzul unei companii aeriene în cadrul serviciilor de transport aerian regulat, pe trasee de zbor stabilite, pentru care asiguratul călătorește cu bilet de avion

3.8. conducerea de către asigurat a unui vehicul, având în momentul producerii accidentului o concentrație a alcoolului în

sânge peste limita legală, conducerea de către asigurat a unui vehicul pentru care nu poseda permis de conducere valabil pentru conducerea pe drumuri publice (această prevedere este valabilă și dacă vehiculul nu este condus pe drumuri publice) sau conducerea de către asigurat a unui vehicul necorespunzător din punct de vedere tehnic

3.9. exercitarea activității profesionale ca muncitor / tehnician în domeniul metalurgic, construcții de mașini grele, industria chimică și petrochimică, construcții civile, navale și feroviare, sonde și platforme petroliere, cariere de piatră, exploatarea miniere

3.10. participarea asiguratului la acțiuni hazardate, sporturi sau activități recreative ce implică riscuri cum ar fi: scufundări, sporturi cu motor, parașutism, planorism, cățărări, rafting, bunjee jumping, precum și participarea la orice tip de curse, cu excepția alergărilor

3.11. produse ca urmare a practicării oricărui sport profesionist sau de performanță (orice activitate sportivă remunerată se consideră sport de performanță, sportivul primind mai mult decât simpla decontare a cheltuielilor)

4. Anumite boli și urmări ale accidentelor enumerate la punctele 3.3 ÷ 3.5 pot fi incluse în asigurare, însă numai în baza unui acord special.

5. Dacă spitalizarea ori intervenția chirurgicală se extind peste nivelul necesar din punct de vedere medical, asiguratorul își rezervă dreptul de a reduce despăgubirea până la nivelul corespunzător necesității medicale.

6. În cazuri justificate, asiguratorul poate exclude din asigurare tratamentele efectuate de anumiți medici, respectiv efectuate în anumite instituții medicale ori în anumite secții ale instituțiilor medicale. Această prevedere este valabilă exclusiv pentru tratamente efectuate după trimiterea de către asigurator către contractantul asigurării, respectiv către asigurat, a informării referitoare la excluderea din asigurare.

7. De asemenea, nu sunt acoperite prin asigurare spitalizarea și intervențiile chirurgicale pentru bolile, accidentele și urmările accidentelor cauzate direct sau indirect de:

7.1. sarcină, naștere naturală, naștere prin cezariană, întrerupere de sarcină de orice fel

7.2. tratamentul infertilității, sterilității, fecundarea artificială, tratamentul avortului provocat

7.3. leziuni benigne și maligne ale pielii, cu excepția melanomului malign invaziv și sinusului pilonidal

7.4. anomalii congenitale și/sau afecțiuni consecutive acestora

7.5. manevre efectuate în scop explorator și/sau investigațional, endoscopii, laparoscopii

7.6. afecțiuni stomatologice

7.7. răni deschise la nivelul tegumentului, țesutului ori articulațiilor inflamate (furuncule, flegmoane, chisturi, ulcere varicoase, hidartroză etc.)

7.8. extragerea materialelor medicale introduse prin intervenții chirurgicale anterioare

7.9. îndepărtarea suturilor (firelor)

7.10. deviație de sept nazal, rezecție de coană nazală, intervenții chirurgicale la mandibula inferioară și superioară, inclusiv intervenții chirurgicale la articulația temporomandibulară, intervenții chirurgicale la articulația

mandibulară, intervenții ortodontice cu excepția tratamentelor directe ale rănilor acute ori carcinoamelor

7.11. intervenții de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care sunt urmări ale unui accident acoperit prin prezentul contract de asigurare. Tratamentul trebuie efectuat în termen de maximum 9 luni de la data producerii accidentului, cu condiția obținerii prealabile a acordului scris al asiguratorului în acest sens. Reconstrucția sânelui ca urmare a mastectomiei efectuate datorită carcinomului este acoperită prin asigurare. Înlocuirea implanturilor de sân existente nu este acoperită prin asigurare.

7.12. orice afecțiune legată de HIV, inclusiv SIDA

7.13. proceduri/tehnici de tratament pentru reducerea greutateii corporale

7.14. tratamentul bolilor venerice

7.15. încercări de suicid sau acțiuni de auto-vătămare, automutilare

7.16. operații de schimbare de sex

7.17. afecțiuni / tulburări neuro-psihice sau schimbări în comportamentul psihologic, indiferent de cauză

7.18. proceduri/tehnici de tratament experimentale sau efectuate de un medic ce nu are calificarea necesară

7.19. orice tratament ce nu este necesar din punct de vedere medical

7.20. tratamente, tehnici ori proceduri efectuate fără indicația medicului

7.21. radiații, radioterapie, chimioterapie

7.22. dializă peritoneală

7.23. proceduri al căror scop este preventiv și nu curativ.

8. De asemenea, în cursul primului an de asigurare nu există protecție prin asigurare pentru spitalizări sau intervenții chirurgicale determinate de următoarele situații:

8.1. toate tipurile de hernii

8.2. toate tipurile de tumori

8.3. endometrioza

8.4. hemoroizi

8.5. afecțiuni ale tractului nazal

8.6. hipertrofia amigdalelor

8.7. nivel crescut al hormonilor tiroidieni în sânge

8.8. cataractă

8.9. tumori benigne ale musculaturii și țesutului uterin

8.10. fistule anale

8.11. extirparea uterului

8.12. inflamarea vezicii biliare

8.13. calculi la nivelul căilor biliare și renourinare

8.14. hipertensiune, afecțiuni la nivelul inimii, venelor și arterelor

8.15. ulcer gastric sau duodenal

8.16. hallux valgus

8.17. ruptură de disc intervertebral

8.18. varicocel și hidrocel

8.19. varice

8.20. afecțiuni la nivelul meniscului

8.21. tuberculoză.

Articolul 10: Persoanele ce nu pot fi asigurate

1. Persoanele ce nu pot fi asigurate sunt acele persoane care sunt inapte de muncă toată viața sau suferă de boli nervoase grave, precum și bolnavii mintali.

2. Dacă în perioada de valabilitate a contractului de asigurare un asigurat a intrat în categoria persoanelor ce nu pot fi asigurate, protecția prin asigurare încetează și contractul de asigurare se reziliază. Rezilierea asigurării pentru intervenții chirurgicale are valabilitate de la data la care persoana asigurată a devenit inaptă de muncă.

Articolul 11: Obligația furnizării de declarații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului și pe parcursul acestuia

1. În cererea pentru încheierea unui contract de asigurare, contractantul și asiguratul au obligația de a declara toți factorii cunoscuți lor, relevanți pentru preluarea riscului. Relevanți sunt factorii care pot influența decizia asigurătorului referitoare la încheierea contractului de asigurare.

Factori relevanți sunt considerați în orice caz factorii referitor la care asigurătorul a adresat întrebări în scris.

2. Asigurătorul se poate retrage din contractul de asigurare sau poate respinge plata indemnizației de asigurare dacă sunt încălcate prevederile punctului 1 cu privire la obligația declarării factorilor relevanți pentru preluarea riscului.

De asemenea, asigurătorul se poate retrage din contractul de asigurare dacă un factor relevant nu a fost declarat de contractant sau de asigurat ca urmare a neluării intenționate la cunoștință a factorului respectiv sau dacă s-a făcut o declarație neconformă cu realitatea referitoare la un factor relevant.

3. Retragerea este exclusă dacă asigurătorul a avut cunoștință de factorul nedeclarat sau în cazul în care contractantul sau asiguratul nu pot fi făcuți vinovați de nedeclararea, respectiv de declararea neconformă cu realitatea referitoare la un factor relevant.

4. Asigurătorul se poate retrage din contractul de asigurare numai în decurs de trei luni de la data la care a luat la cunoștință de încălcarea obligației de furnizare de declarații complete și conforme cu realitatea. Asigurătorul trebuie să declare contractantului retragerea sa din contract.

5. Dacă la încheierea contractului de asigurare asigurătorul nu a fost informat complet și conform cu realitatea, în sensul prevederilor de mai sus, despre starea de sănătate a persoanei asigurate, asigurătorul va putea refuza obligația de plată dacă factorii nedeclarați și considerați relevanți pentru încheierea valabilă a contractului de asigurare au influențat producerea evenimentului asigurat sau au influențat valoarea indemnizației datorate de asigurător, respectiv factorii nedeclarați făceau persoana asigurată neasigurabilă ori asigurabilă în condiții speciale. Nedeclararea unui astfel de factor determină vicierea consimțământului asigurătorului și, deci, contractul nu este considerat valabil încheiat. Asigurătorul va fi obligat la plata indemnizației de asigurare în cazul în care contractantul și asiguratul nu pot fi făcuți vinovați de încălcarea prevederilor punctului 1 al acestui articol. Existența acestor condiții trebuie dovedită de persoana care revendică indemnizația de la asigurător.

6. Dacă asigurătorul refuză plata indemnizației de asigurare în conformitate cu prevederile acestui articol, contractul de asigurare încetează. Asigurătorului i se vor restitui sumele pe care le-a plătit, la care se adaugă dobânda calculată de la data

primirii sumelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

7. În cazul în care contractul de asigurare încetează înainte de expirarea duratei contractuale, ca urmare a încălcării obligației de a furniza declarații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului sau din alte motive, primele de asigurare plătite până la data încetării contractului i se cuvin asigurătorului.

Articolul 12: Calculul primelor de asigurare

1. Primele de asigurare se calculează în funcție de produs, de sexul și de vârsta asiguratului, de durata contractului de asigurare, de frecvența de plată și de suma asigurată.

2. Vârsta asiguratului la începutul contractului este diferența dintre anul calendaristic al începutului contractului și anul nașterii asiguratului.

3. Asigurătorul își rezervă dreptul de a asigura riscurile mărite față de nivelul de risc standard în condiții și cu prime speciale de asigurare, în conformitate cu prevederile articolului 5 punctul 3 al prezentelor condiții generale de asigurare.

Articolul 13: Plata primelor de asigurare

1. Primele de asigurare sunt prime anuale anticipate ce se plătesc asigurătorului fără cheltuieli suplimentare pentru acesta.

2. Achitarea primei de asigurare anuale prin efectuarea de plăți subanuale este posibilă cu condiția achitării de către contractant a unei majorări corespunzătoare (adaos de subanualitate). Asigurătorul are dreptul de a compensa primele ce i se datorează până la sfârșitul anului de asigurare cu orice sumă de bani convenită beneficiarului.

3. Prima de asigurare inițială este scadentă la data începutului asigurării.

4. Plata primelor următoare se va efectua la scadențele menționate în polița de asigurare, în funcție de frecvența de plată. Dacă prima de asigurare ulterioară sau o parte din aceasta nu se plătește în termenul de păsuire de două săptămâni de la data scadenței, asigurătorul va trimite contractantului o avertizare scrisă. Dacă după șase săptămâni de la data scadenței prima nu a fost plătită, asigurătorul poate să rezilieze cu efect imediat contractul de asigurare. Avertizarea scrisă poate conține și declarația asigurătorului referitoare la rezilierea contractului.

5. Întârzierea plății primelor de asigurare:

5.1. Prima de asigurare inițială: în cazul în care prima de asigurare inițială nu a fost achitată la data începutului asigurării, iar evenimentul asigurat s-a produs, asigurătorul este absolvit total de plata despăgubirii.

5.2. Primele de asigurare următoare: în cazul neplății unei prime de asigurare următoare sau a unei taxe (conform articolului 19) la scadență sau în limita termenului de păsuire stipulat la punctul 4 al acestui articol, asigurătorul va rezilia contractul – fără niciun fel de obligații de plată – începând cu data ultimei scadențe de plată anterioare termenului de păsuire.

Articolul 14: Adaptarea indemnizațiilor și primelor de asigurare

Asigurătorul își rezervă dreptul de a adapta nivelul indemnizației și al primelor în funcție de evoluția tehnologiei medicale și de perfecționarea metodelor de tratament. Adaptarea nivelului indemnizației și al primelor se referă și la contractele aflate în vigoare.

Articolul 15: Modificarea contractului de asigurare de către contractant

1. Modificarea contractului de asigurare se poate efectua în baza unei cereri scrise, semnate de contractant. Această cerere produce efecte juridice numai prin acceptarea de către asigurător a modificării solicitate de contractant.
2. Modificarea unui contract de asigurare se poate efectua:
 - 2.1. la sfârșitul oricărui an de asigurare pentru modificarea frecvenței de plată a primelor de asigurare
 - 2.2. în cursul unui an de asigurare pentru: schimbarea adreselor contractantului și asiguratului, modificarea numelui (prin schimbarea stării civile, pe cale administrativă).
3. Persoana asigurată nu poate fi înlocuită.
4. La contractele la care se solicită modificările prevăzute la punctul 2.1 al prezentului articol, cererea pentru modificarea contractului trebuie să ajungă la sediul asigurătorului cu două luni înainte de data la care se dorește a intra în vigoare modificarea.

Articolul 16: Obligațiile asiguratului, ale contractantului și ale beneficiarului

1. Contractantul asigurării și asiguratul au obligația de a anunța atât efectuarea unei intervenții chirurgicale, cât și spitalizarea determinată de un accident în termen de maximum 3 (trei) zile de la efectuarea intervenției, respectiv producerea accidentului. În caz contrar, asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii dacă, din cauza depășirii termenului maxim mai sus menționat, nu a putut determina cauzele și circumstanțele producerii evenimentului asigurat.

Asigurătorul trebuie să fie informat despre internarea în spital ca urmare a unei îmbolnăviri în maximum 24 de ore de la producerea evenimentului asigurat, în caz contrar asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii.

Asigurătorul trebuie să primească în maximum 15 zile de la data externării toate documentele care fac dovada spitalizării. În caz contrar, asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii, dacă, din cauza depășirii termenului maxim mai sus menționat, nu a putut determina cauzele și circumstanțele producerii evenimentului asigurat.

2. Beneficiarul ce solicită plata despăgubirii este obligat să furnizeze asigurătorului toate informațiile și actele solicitate de acesta și va facilita și sprijini orice acțiune a asigurătorului întreprinsă în scopul constatării împrejurărilor producerii evenimentului asigurat.
3. Beneficiarul va prezenta documentele necesare, conform articolului 20 punctul 7.
4. Asiguratul are obligația de a solicita și de a accepta fără întârziere un tratament medical, de a urma prescripțiile medicului și de a-și facilita restabilirea. Refuzul neîntemeiat al asiguratului de a îndeplini această obligație poate exonera asigurătorul de orice obligație de despăgubire.
5. La eventuala solicitare a asigurătorului, asiguratul se va supune, la solicitarea plății indemnizațiilor, unor examinări medicale suplimentare, efectuate pe cheltuiala asigurătorului la instituții medicale indicate de acesta. În urma acestor examinări suplimentare, asigurătorul va stabili acceptarea sau nu a despăgubirii solicitate, precum și valoarea acesteia.
6. Asigurătorul este pe deplin împuternicit de către asigurat și contractant să îndeplinească, în numele și în contul acestora, orice formalități și să obțină orice informații și documente

necesare investigării cauzelor și circumstanțelor producerii evenimentului asigurat.

7. Autoritățile, medicul curant, alți medici, spitalele la care asiguratul este sau a fost tratat sau consultat, precum și orice instituții publice sau private, persoane fizice sau juridice care se ocupă de cauzele și circumstanțele în care s-a produs evenimentul asigurat, sunt împuternicite să furnizeze asigurătorului toate informațiile și documentele solicitate de acesta.

În acest sens, asiguratul și contractantul exonerează persoanele menționate la punctul 6 al prezentului articol de răspunderea referitoare la confidențialitate și respectarea secretului profesional.

Articolul 17: Modificarea circumstanțelor riscului

1. Contractantul și asiguratul sunt obligați să înștiințeze asigurătorul cu privire la orice modificare a circumstanțelor riscului declarate în cererea de asigurare, în termen de maximum o săptămână de la apariția acestora.
2. Dacă ocupația sau hobby-urile asiguratului se modifică între data completării cererii de asigurare și data de început a asigurării menționată în cerere, aceasta poate atrage după sine o nouă evaluare a riscului asigurat.
3. Dacă starea de sănătate a asiguratului se modifică pe parcursul derulării contractului, dar persoana asigurată nu se încadrează în prevederile articolului 10, asigurătorul nu va efectua o nouă evaluare a riscului medical, rezervându-și însă dreptul de a refuza eventualele solicitări de majorare a sumei asigurate din partea contractantului în noile circumstanțe.
4. Convocarea la serviciul militar obișnuit (pe timp de pace), precum și la aplicațiile pe termen scurt ale rezerviștilor nu sunt considerate modificări ale ocupației.

Articolul 18: Pierderea sau distrugerea poliței de asigurare

Pierderea sau distrugerea poliței de asigurare se anunță asigurătorului în decurs de o săptămână de la data la care contractantul sau asiguratul au luat la cunoștință acest fapt. La cerere, asigurătorul va emite un duplicat al poliței de asigurare. Polița pierdută nu mai are valabilitate.

Articolul 19: Cheltuieli, dobânzi, taxe

Asigurătorul va percepe contractantului numai cheltuieli prevăzute legal, taxe poștale, dobânzi și taxe prevăzute în condițiile de asigurare. Eventualele cheltuieli pentru examinarea medicală vor fi suportate de contractant, cu excepția situației prevăzute la articolul 16 punctul 4.

Articolul 20: Plata despăgubirii. Beneficiarii

1. Asigurătorul va plăti despăgubirea beneficiarului desemnat în polița de asigurare. Beneficiar este de regulă persoana asigurată.
2. Plata despăgubirii va fi efectuată de către asigurător numai în condițiile îndeplinirii obligațiilor prevăzute la articolul 16, punctele 1 ÷ 4 din prezentele condiții de asigurare, în baza documentelor probatoare specificate la articolul 20 punctul 7. În cazul în care evenimentul asigurat s-a produs în afara granițelor României, documentele solicitate vor fi transmise asigurătorului în formă tradusă (în limba română) și legalizată.
3. În cazul în care asiguratul decedează în timpul intervenției chirurgicale ori ca urmare a acesteia și are dreptul la despăgubire, aceasta va fi plătită moștenitorilor legali ai asiguratului.

4. În decurs de două săptămâni de la finalizarea investigațiilor și obținerea documentelor necesare pentru stabilirea evenimentului asigurat și a valorii sumei totale de plată, asiguratorul trebuie să comunice beneficiarului, în scris, decizia referitoare la plata indemnizației. Plățile se efectuează de către asigurator în moneda în care au fost încheiate contractele de asigurare. Efectuarea plăților în numerar se face la sediul central al asiguratorului. Transferul plăților prin virament bancar către beneficiar se face pe cheltuiala acestuia. Eventualele taxe și impozite legale obligatorii vor fi suportate de către beneficiar.

5. Asiguratorul are dreptul să amâne efectuarea plății, respectiv înștiințarea referitoare la refuzul plății, peste termenul prevăzut la punctul 4 al acestui articol, dacă din vina contractantului, a asiguratului sau a beneficiarului se complică finalizarea investigațiilor pentru stabilirea evenimentului asigurat, a cauzelor producerii acestuia sau pentru stabilirea valorii indemnizației de asigurare.

6. Dacă există dubii referitoare la dreptul beneficiarului de a încasa indemnizația de asigurare, asiguratorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea dovezilor necesare. Dacă s-a început o cercetare de către organele abilitate, în legătură cu producerea evenimentului asigurat, împotriva contractantului, asiguratului sau beneficiarului, asiguratorul are dreptul, în conformitate cu reglementările legale, să amâne plata (refuzul) până la încheierea cercetării.

7. Pentru obținerea despăgubirii beneficiarul va prezenta, în original sau în copie legalizată de o instituție competentă, pe cheltuiala sa, documentele probatoare complete solicitate de asigurator. În cazul în care, din motive obiective, independente de voința beneficiarului, documentele precizate mai sus nu pot fi prezentate în original sau copie legalizată de o instituție competentă, asiguratorului i se poate prezenta o copie certificată de persoana sau instituția emitentă.

Articolul 21: Corespondența oficială

1. Toate convențiile, cererile și declarațiile referitoare la contractul de asigurare sunt valabile doar dacă au fost făcute în formă scrisă. Declarațiile contractantului, ale asiguratului și ale beneficiarului sunt valabile numai după primirea acestora la sediul asiguratorului.

2. Declarațiile asiguratorului sunt valabile numai dacă sunt eliberate de la sediul asiguratorului, cu însemnele acestuia.

Articolul 22: Încetarea contractului

1. Protecția prin asigurare încetează prin retragerea, rezilierea, expirarea duratei, denunțarea sau prin anularea de comun acord a contractului.

2. Contractantul poate refuza contractul de asigurare în termen de o lună de la data primirii poliței de asigurare.

3. Denunțarea contractului de asigurare de către una dintre părți se poate efectua numai cu notificarea prealabilă a celeilalte părți cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare.

Articolul 23: Prescripția drepturilor asupra indemnizației de asigurare

Drepturile asupra indemnizației de asigurare se prescriu în termen de doi ani de la data producerii evenimentului asigurat.

Articolul 24: Instanța competentă și legislația aplicabilă

Prezentul contract este guvernat de legislația română în vigoare. În cazul apariției unui litigiu, acesta va fi soluționat de instanța judecătorească competentă din România.

Articolul 25: Reglementări finale

Grawe România Asigurare S.A.

Dacă este necesar, în funcție de scopul și caracterul asigurării, pot fi incluse în contractul de asigurare prevederi diferite de cele din prezentele condiții generale de asigurare.

PREVEDERI SPECIALE

ASIGURAREA DE SPITALIZARE

Articolul 26: Evenimentul asigurate

1. Evenimentul asigurat este spitalizarea asiguratului pe perioada de valabilitate a asigurării de spitalizare, pentru afecțiuni cauzate direct de o boală sau de un accident.

Articolul 27: Indemnizații de asigurare

1. În cazul în care asiguratul suferă un accident sau o îmbolnăvire și necesită tratament medical staționar (într-un spital), asiguratorul va plăti indemnizația de spitalizare stabilită în polița de asigurare pentru fiecare zi calendaristică de spitalizare.

2. Indemnizația de spitalizare nu se va plăti pentru cazurile de tratament ambulatoriu.

3. Indemnizația pentru spitalizare se plătește pentru cel mult 180 de zile în cursul unui an de la producerea evenimentului asigurat, dar nu poate depăși un număr de 90 de zile pentru același eveniment asigurat.

4. Asiguratorul nu va plăti despăgubirea pentru o spitalizare mai mică sau egală cu 3 zile calendaristice.

Dacă numărul zilelor de spitalizare este mai mare de 3, asiguratorul va plăti despăgubirea pentru toate zilele de spitalizare, dar în limitele prevăzute la punctul 3 al acestui articol.

ASIGURAREA PENTRU INTERVENȚII CHIRURGICALE

Articolul 28: Evenimentul asigurat

Evenimentul asigurat este intervenția chirurgicală necesară din punct de vedere medical, suferită de asigurat pe perioada de valabilitate a asigurării pentru intervenții chirurgicale, pentru afecțiuni cauzate direct de o boală sau de un accident.

Articolul 29: Indemnizații de asigurare

1. Indemnizațiile de asigurare sunt sumele de bani ce vor fi plătite de asigurator, calculate prin aplicarea unui procentaj stabilit sumei asigurate.

2. În cazul în care pe perioada de valabilitate a asigurării asiguratul beneficiază de un tratament curativ chirurgical staționar într-un spital, asiguratorul plătește indemnizația de asigurare după cum urmează:

2.1. pentru fiecare intervenție chirurgicală, asiguratorul va plăti un procentaj aplicat sumei asigurate, așa cum este prevăzut în Anexa valabilă la data apariției evenimentului asigurat

2.2. dacă o intervenție chirurgicală nu apare menționată în Anexă, aceasta va fi echivalată de medicul specialist agreat de către asigurator cu o intervenție chirurgicală încadrată în Anexă

2.3. pentru două sau mai multe intervenții chirurgicale efectuate în același timp, cu mai multe incizii, asiguratorul va plăti integral numai indemnizația corespunzătoare intervenției chirurgicale cu cel mai mare procentaj din suma asigurată. Pentru celelalte intervenții chirurgicale, asiguratorul va plăti câte 50% din procentajul aplicat sumei asigurate stabilit în Anexă

2.4. pentru două sau mai multe intervenții chirurgicale efectuate în același timp, cu o singură incizie, asigurătorul va plăti numai indemnizația corespunzătoare intervenției chirurgicale cu cel mai mare procentaj din suma asigurată

2.5. asigurătorul nu va plăti despăgubiri pentru taxe sau cheltuieli pentru îngrijirea în urma intervenției chirurgicale, internarea în spital ori cheltuieli pentru tratament.

3. Indemnizația de asigurare plătită de asigurător pentru toate evenimentele asigurate apărute pe parcursul unui an de asigurare nu poate depăși limita maximă de 100% din suma asigurată.

4. Obligația asigurătorului de despăgubire nu se reduce în situația în care asiguratul are dreptul de a obține indemnizații de la terțe părți.

Anexă: Nivelul indemnizației pentru intervenții chirurgicale pentru afecțiuni cauzate de îmbolnăvire și accident