

Asigurare generală de sănătate

Document de informare privind produsul de asigurare

Societatea: Metropolitan Life Asigurări Metlife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, sucursală înregistrată în România a **MetLife Europe d.a.c.**

Produs: Optimism

Acest document oferă un rezumat al principalelor caracteristici ale produsului de asigurare. Informațiile precontractuale și contractuale complete cu privire la acest produs le regăsiți în Contractul de Asigurare care cuprinde: certificatul de asigurare și termenii și condițiile produsului de asigurare.

Despre ce tip de asigurare este vorba?

Este o asigurare de protecție ce oferă suport financiar Asiguratului în cazul în care acesta este diagnosticat cu cancer. Asigurarea este destinată exclusiv titularilor de conturi în lei deschise la Banca Transilvania și familiilor acestora (soț/soție).

Ce se asigură?

Beneficiile oferite de acest contract de asigurare sunt:

- ✓ Indemnizație pentru asigurat ca urmare a unui diagnostic de cancer;
- ✓ Acces la servicii de telemedicină și telediagnostic.

Suma asigurată variază în funcție de pachetul ales de și de vârsta dvs. de la momentul încheierii asigurării.

Indemnizație pentru diagnostic de cancer în funcție de vârstă	Suma Asigurată		
	Pachetul Platinum	Pachetul Premium	Pachetul Standard
18-44 ani	80.000 lei	65.000 lei	45.000 lei
45-54 ani	35.000 lei	30.000 lei	20.000 lei
55-64 ani	21.000 lei	18.000 lei	14.000 lei

Toate pachetele de asigurare conțin și acces la serviciile de telemedicină și telediagnostic.

Ce nu se asigură?

Protecție pentru Asigurat în cazul unor evenimente precum:

- ✗ Apariția unei afecțiuni din cancer în perioada de așteptare de 3 (trei) luni de la data intrării în vigoare a prezentului contract de asigurare.
- ✗ Cancer de piele cu excepția melanomului malign;
- ✗ Orice tumoră în prezența Sindromului Imunodeficienței Dobândite (SIDA) (termenul "sindromul imunodeficienței dobândite" va avea înțelesul dat de Organizația Mondială a Sănătății);

Există restricții de acoperire?

Asigurarea nu se aplică în cazul evenimentelor cauzate sau provocate, direct sau indirect, de sau prin:

- ! consecința directă sau indirectă a oricărei condiții preexistente. Prin excepție, Asiguratul are dreptul de a nu declara afecțiunea oncologică, dacă, la data încheierii contractului de asigurare, a trecut un termen de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic. În cazul persoanelor diagnosticate înainte de vârsta de 18 ani, termenul menționat anterior este de 5 ani de la data încheierii protocolului oncologic
- ! folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanțe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
- ! consumul excesiv de alcool, alcoolism, orice afecțiuni cronice etanolice;
- ! radiații, reacții nucleare sau contaminare radioactivă;
- ! o afecțiune apărută în Perioada de Așteptare a contractului de asigurare;
- ! tratament experimental, precum și acele proceduri de diagnostic, terapeutice și/sau chirurgicale ale căror siguranță și efecte nu au fost recunoscute/omologate de OMS sau de către o autoritate de stat (de exemplu ministerul Sănătății) în mod corespunzător;
- ! Pentru lista completă de excluderi, vă rugăm să consultați Termenii și Condițiile produsului de asigurare.

CONDIȚIE MEDICALĂ PREEXISTENTĂ înseamnă orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, manifestată și diagnosticată ca atare de un Medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale înainte de data de intrare în vigoare a Acoperirii Individuale.

Unde beneficiaz de asigurare?

- ✓ Asigurarea acoperă evenimentele care au avut loc oriunde în lume, 24 din 24 de ore.

Ce obligații am?

- Să răspundeți sincer la toate întrebările adresate de Societatea de Asigurări, menționând toate informațiile și împrejurările care pot afecta decizia Metropolitan Life cu privire la înrolarea în asigurare;
- Să comunicați în cel mai scurt timp posibil orice modificări ale datelor de contact;
- Să achitați prima de asigurare la data scadentă;
- Să notificați Societatea de Asigurări în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile, despre orice eveniment care ar putea reprezenta o despăgubire.

Cum și când plătesc?

Prima de asigurare se plătește anticipat, lunar, din contul curent, la Data Scadentă, prin Serviciul de Debitare Automată oferit de către Banca Transilvania. Dacă la Data Scadentă 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. Data scadentă este menționată în Certificatul de Asigurare.

Când începe și când încetează acoperirea?

Acoperirea va începe de la data intrării în vigoare a contractului, dată ce coincide cu data recepționării documentelor de asigurare de către Persoana Asigurată prin transmiterea e-mailului de înrolare sau prin semnarea confirmării de primire extinse la curier, conform opțiunii alese de Persoana Asigurată în apelul telefonic de înrolare. Clienții beneficiază de o perioadă de gratuitate de minimum o lună și maximum 2 luni, calculată o singură dată de la data intrării în vigoare a contractului.

Acoperirea încetează în următoarele cazuri:

- la data expirării perioadei pentru care a fost achitată ultima prima de asigurare, în cazul în care se încheie contul curent desemnat pentru plata primelor sau se renunță la Serviciul de debitare automată;
- la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maxima admisă (65 de ani) sau la data expirării perioadei maxime asigurate de 10 ani calculată de la data înscrierii în Asigurare;
- la data Decesului Asiguratului Principal, indiferent de varianta Asigurării contractate;
- la data expirării perioadei pentru care a fost achitată ultima Primă de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate după expirarea perioadei de gratuitate;
- la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de încetare a Asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate;
- la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare;
- la data împlinirii termenului de preaviz, în cazul denunțării asigurării de către Societatea de Asigurări;
- la data plății despăgubirii conform Termenilor și Condițiilor asigurării.

Cum pot să rezilies contractul?

Aveți dreptul de a renunța la contractul de asigurare în termen de 30 de zile calculate o singură dată de la data intrării în vigoare a asigurării, fără plata vreunei penalități și cu restituirea primei de asigurare achitate. După trecerea acestui termen de 30 de zile, pe perioada derulării contractului de asigurare, Asiguratului Principal poate oricând denunța unilateral asigurarea, printr-un apel telefonic la numărul de telefon 031.413.79.09. Ca urmare a unei astfel de cereri asigurarea încetează la data cererii telefonice a Asiguratului Principal.

Asigurarea de viață Optimism

Mai puține griji, o viață mai frumoasă



Cuprins

Introducere	1
Beneficii	1
Termenii și condițiile programului de asigurare Optimism	2
ARTICOLUL 1. Definiții	2
ARTICOLUL 2. Obiectul contractului	5
ARTICOLUL 3. Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	5
ARTICOLUL 4. Teritoriul acoperirii individuale	6
ARTICOLUL 5. Acuratețea declarațiilor	6
ARTICOLUL 6. Plata primei	6
ARTICOLUL 7. Acordarea indemnizațiilor de asigurare	8
ARTICOLUL 8. Modificarea acoperirii individuale	9
ARTICOLUL 9. Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal	10
ARTICOLUL 10. Excluderi	11
ARTICOLUL 11. Legea aplicabilă și jurisdicția	11
ARTICOLUL 12. Taxe, impozite și onorarii	12
ARTICOLUL 13. Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	13
ARTICOLUL 14. Condiții contractuale servicii telemedicină - consiliere medicală la distanță	13
ARTICOLUL 15. Condiții contractuale servicii telediagnostic - consult medical în caz de îmbolnăvire a asiguratului principal sau subsidiar	15
ARTICOLUL 16. Forța majoră	17

Introducere

Poate este o prioritate pentru tine să fii cel mai organizat, sau să fii extrem de atent cu sănătatea ta și să pui prevenția pe primul plan, însă, viața este plină de neprevăzut. Iar momentele neașteptate ne pot dezechilibra atât emoțional, cât și financiar.

Deși este dificil să fii pregătit emoțional pentru un posibil diagnostic oncologic, poți fi pregătit financiar pentru costurile implicate de la începerea tratamentului și urmărirea evoluției post-terapeutice.

Prin Asigurarea de viață Optimism de la Metropolitan Life, poți avea sprijinul necesar într-o astfel de situație.

Beneficii



- Acces în mod gratuit la o **a doua opinie medicală** din partea unei echipe de medici experți recunoscuți la nivel internațional.



- Serviciul de **Telemedicină, disponibil 24/24** pe tot parcursul contractului de asigurare.



- Până la **2 luni de gratuitate** la plata primei de asigurare.



- **Flexibilitate** la modificarea pachetului de asigurare, doar la un telefon distanță.



- Acces rapid la despăgubire, direct prin **portalul eClaims**.



- Primești **10% din suma asigurată în termen de 48 de ore** de la stabilirea diagnosticului

Termenii și condițiile programului de asigurare Optimism

ARTICOLUL 1. Definiții

- 1.1. **POLIȚĂ DE ASIGURARE DE GRUP / POLIȚĂ DE GRUP** – reprezintă contractul încheiat între Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București (Societatea de Asigurări) și Titularul Poliței (Banca Transilvania), ce cuprinde detalii cu privire la Termenii și Condițiile programului de asigurare oferit grupului eligibil.
- 1.2. **GRUP ELIGIBIL** înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români sau cetățeni străini cu rezidența în România, 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 contractuale 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 (șaiszeci și patru) 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).
- 1.3. **ACOPERIREA INDIVIDUALĂ** înseamnă protecția (sau acoperirea) oferită Persoanelor Asigurate (membre ale Grupului Eligibil) prin asigurarea contractată, conform prevederilor prezentelor Condiții Contractuale.
- 1.4. **PERSOANE ASIGURATE:** Asiguratul Principal și Asiguratul Subsidiar, dacă este cazul.
 - 1.4.1. **ASIGURATUL PRINCIPAL** înseamnă oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de Acoperire Individuală conform prezentelor condiții contractuale și care, în mod cumulativ:
 - a. este titularul unui cont curent în Lei, deschis la Banca Transilvania;
 - b. și-a exprimat telefonic acordul (consimțământ contractual) de a participa la Programul de Asigurare oferit de prezentele condiții contractuale în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004 cu modificările și completările ulterioare;
 - c. întrunește condițiile pentru înscrierea în Programul de Asigurare Optimism;
 - d. a primit de la Societatea de Asigurări setul de documente ce conține Certificatul de Asigurare și condițiile de asigurare în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare și în condițiile procedurale stabilite de Părți, ofertă 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);
 - e. are minimum 18 (optsprezece) ani/maximum 64 (șaiszeci și patru) de ani împliniți la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;
 - f. a confirmat telefonic acceptarea Serviciului de debitare automată a primelor de asigurare și a autorizat telefonic Banca Transilvania (consimțământ contractual) 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 în lei și să le transfere către Societatea de Asigurări, în conformitate cu prevederile prezentelor condiții contractuale.

Asiguratul Principal va primi de la Societatea de Asigurări un e-mail de înrolare, în termen de maximum 5 (cinci) zile de la data acordului exprimat telefonic, ce va conține documentația contractuală legată de produsul de asigurare și modalitatea de plată ce i-a fost prezentată, respectiv:

- a. Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și Condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta;
- b. 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;
- c. IPID - document de informare cu privire la principalele caracteristici ale produsului de asigurare;
- d. Politica de prelucrare a datelor personale;
- e. Declarația Agentului de Asigurare.

În cazul în care, Asiguratul Principal nu are adresa de e-mail sau nu dorește primirea documentelor pe e-mail, acestea vor fi transmise în termen de 2 (două) săptămâni prin serviciile de curierat. Confirmarea primirii documentelor prin serviciile de curierat se va face prin semnarea documentului de confirmare extins, definit la Art. 1.15.

- 1.4.2.** Acoperirea Individuală de protecție financiară se poate extinde asupra soțului/soției Asiguratului Principal, în calitate de **ASIGURAT SUBSIDIAR**, dacă:
- Asiguratul Principal a solicitat telefonic includerea acestuia/acesteia 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;
 - Acoperirea Individuală a Asiguratului Principal este în vigoare.
- 1.4.3.** Sunt considerați membri ai Familiei Asiguratului Principal soțul/soția Asiguratului Principal: persoana care la data producerii Riscului asigurat are calitatea de soț/soție al/a Asiguratului Principal, are minim 18 (optsprezece) ani și maximum 64 (șaizeci și patru) de ani împliniți la momentul înrolării în Programul de Asigurare;
- 1.5. ACOPERIREA EXTINSĂ** (pentru familie) înseamnă contractul de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal în baza prezentelor condiții contractuale, prin care se oferă protecție financiară (Acoperire Individuală) atât Asiguratului Principal, cât și soțului/soției acestuia, spre deosebire de Asigurarea Individuală, în baza căreia, protecția financiară se acordă doar Asiguratului Principal.
- 1.6. BENEFICIAR** înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului Asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare. În cazul prezentelor condiții contractuale este însăși Persoana Asigurată.
- 1.7. RISC/EVENIMENT ASIGURAT**- în baza prezentelor condiții contractuale este asigurat riscul de diagnosticare a Cancerului.
- 1.8. DATA EVENIMENTULUI ASIGURAT** este data diagnosticării Asiguratului cu Cancer, așa cum este specificat în cuprinsul prezentelor Condiții Contractuale, ulterior intrării în vigoare a Asigurării Individuale.
- 1.9. CERTIFICATUL DE ASIGURARE** reprezintă Contractul de Asigurare a Persoanei Asigurate în calitate de Asigurat Principal ori, după caz, și a Asiguratului Subsidiar, respectiv documentul semnat de Societatea de Asigurări conform prevederilor Codului Civil. Acesta 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. Acest document certifică înscrierea în asigurare și calitatea de Persoana Asigurată și 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 e-mail-ul de înrolare sau, după caz, Confirmarea de primire a documentelor de asigurare: Certificatul de Asigurare, împreună cu termenii și condițiile asigurării și Documentul de informare privind produsul de asigurare (IPID) care fac parte integrantă din acesta, Politica de prelucrare a datelor personale, Declarația Agentului de Asigurare, precum și acceptarea Serviciului de debitare automată.
- 1.10. DATA SCADENTĂ** a 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 prima zi lucrătoare anterioară Datei Scadente. Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare (“Data Scadentă a primei de asigurare”).
- 1.11. PLĂTITORUL PRIMELOR DE ASIGURARE** este Asiguratul Principal, care are obligația să asigure și să mențină în contul curent în Lei deschis la Banca Transilvania 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.
- 1.12. LUNA DE ASIGURARE** reprezintă luna calendaristică imediat următoare celei în care prima de asigurare a fost scadentă, deoarece plata primei lunare se efectuează în avans.
- 1.13. DATA ACTIVĂRII** reprezintă data intrării în vigoare a contractului de asigurare și este data la care Asiguratul Principal recepționează documentele de asigurare, după caz:
- data primirii e-mail-ului de înrolare;
 - data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare transmise prin curier.
- 1.14. EMAIL-UL DE ÎNROLARE** reprezintă dovada de transmitere și primire a documentelor, de către Asiguratul Principal, privind asigurarea și exprimarea acordului privind încheierea asigurării, precum și a plății acesteia prin Serviciul de debitare automată și care este transmis de către Societatea de Asigurare, la adresa de e-mail comunicată și confirmată, în apelul de înrolare, de către Asiguratul Principal.

- 1.15. CONFIRMAREA DE PRIMIRE EXTINSĂ** reprezintă documentul ce conține confirmarea de primire de către Asiguratul principal a documentelor privind asigurarea, exprimarea acordului privind încheierea asigurării, precum și a plății acesteia prin Serviciul de debitare automată.
- 1.16. SUMA ASIGURATĂ** înseamnă suma specificată în cuprinsul prezentelor condiții contractuale și în Certificatul de Asigurare, plătită în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții Contractuale în cazul producerii Evenimentului asigurat.
- 1.17. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE** reprezintă suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Persoanei Asigurate în cazul producerii Riscului asigurat.
- 1.18. EXCLUDERILE** sunt situațiile neacoperite de asigurare (asa cum sunt menționate în Art.10) și pentru care indemnizația de asigurare nu este datorată.
- 1.19. CANCERUL** reprezintă creșterea necontrolată a celulelor maligne care invadează și distrug țesuturile din jur. Termenul cancer include carcinomul in-situ, leucemia, limfomul, sarcomul și boala Hodgkin. Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist (anatomopatolog/hematolog/îmunolog) printr-un raport histopatologic în cazul tumorilor solide, sau prin rezultatele altor investigații specifice, care să evidențieze prezența celulelor maligne. Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapic sau/și polichimioterapic.
- Termenul de cancer în acest context nu include:
- toate tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign, borderline, cu potențial malign redus sau non-invasive;
 - toate formele de cancer de piele, cu excepția melanomului malign.
- 1.20. ÎMBOLNĂVIRE** reprezintă modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate, apărută sau manifestată pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare a acoperirii individuale.
- 1.21. CONDIȚIE MEDICALĂ PREEXISTENTĂ** înseamnă orice boală sau vătămare corporală ca urmare a unui accident sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, manifestată și diagnosticată ca atare de un Medic sau pentru care s-au acordat îngrijiri medicale înainte de data de intrare în vigoare a Acoperirii Individuale.
- 1.22. MEDIC** reprezintă o persoană care profesează medicina, pe baza unor studii superioare de specialitate și care deține drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor din România sau al unei autorități similare din altă țară, alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia până la gradul 2 inclusiv.
- 1.23. PERIOADA DE GRATUITATE** este perioada pentru care Acoperirea Individuală este în vigoare fără să existe obligații de plată a primei lunare de asigurare de către Asiguratul Principal. Perioada de gratuitate se calculează o singură dată de la momentul primirii email-ului de înrolare sau al semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare, cuprinzând perioada între data primirii email-ului de înrolare sau data semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare de către Asiguratul Principal și ultima zi calendaristică a lunii imediat următoare, prin care Asiguratul Principal confirmă înscrierea în Programul de Asigurare reglementat de prezentele condiții contractuale.

Exemplu pentru clienții care au optat pentru primirea documentației pe e-mail:

Data apel telefonic: **05.07.2022**

Data recepționării email-ului de înrolare = data activării: **06.07.2022**

Perioada de gratuitate: **06.07.2022 - 31.08.2022**

Data primei debitări / prima Dată Scadentă: **01.08.2022**

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare (Luna de Asigurare): **01.09.2022 - 30.09.2022**

Exemplu pentru clienții care au optat pentru primirea documentației prin serviciile de curierat:

Data apel telefonic **05.07.2022**

Data semnării confirmării de primire = data activării - **15.07.2022**

Perioada de gratuitate: **15.07.2022 - 31.08.2022**

Data primei debitări / prima Dată Scadentă: **01.08.2022**

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare (Luna de Asigurare): **01.09.2022 - 30.09.2022**

- 1.24. SERVICII DE TELEMEDICINĂ** – beneficiu oferit Asiguratului Principal/Subsidiar de către Societatea de asigurări, în parteneriat cu furnizorul agreat de servicii de acest tip – Telios Care S.A. Termenii și condițiile acestui beneficiu sunt prezentate la articolul 14.
- 1.25. PERIOADA MAXIMĂ DE ASIGURARE** - persoanele asigurate beneficiază de protecție în baza prezentelor condiții de asigurare până la împlinirea vârstei maxime de 65 de ani, pe o perioadă de maximum 10 ani de la data activării asigurării.
- 1.26. TITULAR** – Titularul Poliței de Grup este Banca Transilvania.
- 1.27. SERVICII DE TELEDIAGNOSTIC** – beneficiu oferit Asiguratului Principal/Subsidiar de către Societatea de asigurări, în parteneriat cu furnizorul agreat de servicii de acest tip - The WorldCare International Inc. Termenii și condițiile acordării acestui beneficiu sunt prezentate la articolul 15.
- 1.28. CONSORȚIU** - The WorldCare International Inc.

ARTICOLUL 2. Obiectul contractului

- 2.1.** Societatea de Asigurări oferă Persoanelor Asigurate protecție pentru **Riscul Asigurat** sub rezerva și în condițiile prevederilor, excluderilor, limitărilor, rezervelor și declarațiilor din cuprinsul prezentelor condiții de asigurare.
- 2.2.** Prin prezentul contract se oferă accesul la beneficii de Telemedicină așa cum este prevăzut acest lucru în Art.14 și la beneficii de Telediagnostic așa cum este prevăzut acest lucru în Art.15..

ARTICOLUL 3. Data intrării în vigoare a acoperirii individuale

- 3.1.** Intrarea în vigoare a Acoperirii Individuale a Persoanelor Asigurate în temeiul prezentelor condiții contractuale începe după cum urmează:
- a.** pentru Asiguratul Principal, la data (în momentul) primirii **email-ului de înrolare** sau, după caz, semnării confirmării de primire extinse a Certificatului de Asigurare, a Termenilor și Condițiilor de asigurare și Documentul de Informare privind Produsul 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 art.1.4.2. și 1.4.3. de mai sus.
- 3.2.** Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații la plată izvorâte din contractul de asigurare, încheiat între Societatea de Asigurări și Asiguratul Principal, pe baza acordului telefonic și a acceptării în scris a înrolării în asigurare prin primirea email-ului de înrolare sau, după caz, 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 primirii email-ului de înrolare sau, după caz, al semnării confirmării de primire a documentelor de asigurare.
- După expirarea acestei perioade de gratuitate, Persoana Asigurată beneficiază de asigurare prin debitarea automată a contului curent al Asiguratului Principal, cu valoarea primei de asigurare, cu condiția primirii de către Societatea de Asigurări a confirmării de primire a documentelor privind Asigurarea (termenii și condițiile Asigurării și Certificatul de Asigurare) de către Asiguratul Principal, prin email sau servicii de curierat, și care prezintă dovada înscrierii în Programul de Asigurare.
- 3.3.** Acoperirea Individuală este valabilă o Lună de Asigurare și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare lunare la Data Scadentă. În cazul neplății Primei de Asigurare la Data Scadentă sau până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, Acoperirea Individuală se suspendă pentru Luna de Asigurare neplătită și se reia prin plata primei la viitoarea Data Scadentă sau la una din încercările succesive de debitare, pentru Luna de Asigurare următoare.

ARTICOLUL 4. Teritoriul acoperirii individuale

- 4.1.** 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 prezentul document.
- 4.2.** Metropolitan Life nu va fi responsabilă să plătească nicio despăgubire sau să ofere nicio acoperire sau beneficiu în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri sau Beneficiu ar expune Compania la orice sancțiune, interdicție sau restricție conform rezoluțiilor Națiunilor Unite ori conform sancțiunilor comerciale sau economice, legilor ori reglementărilor Uniunii Europene, Regatului Unit, Statelor Unite ale Americii sau autorității locale aplicabile.
- 4.3.** Metropolitan Life este obligată și trebuie să respecte toate legile și reglementările aplicabile privind sancțiunile comerciale și economice, inclusiv cele stabilite de Departamentul de Trezorerie al SUA, Oficiul pentru Controlul Activelor Străine (OFAC), Uniunea Europeană, Națiunile Unite, Regatul Unit și autoritatea locală aplicabilă România.
- 4.4.** Metropolitan Life nu va oferi acoperire și/sau plată în conformitate cu Polița de Grup dacă acestea sunt interzise de Oficiul pentru Controlul Activelor Străine, Națiunile Unite, Uniunea Europeană, Regatul Unit sau de sancțiunile locale aplicabile, incluzând, dar fără a se limita la situația în care titularul poliței, asiguratul sau persoana îndreptățită să primească o astfel de plată:
- (I) este domiciliat sau situat în orice țară sancționată de OFAC, Națiunile Unite, Uniunea Europeană, Regatul Unit sau de către autoritatea locală aplicabilă;
 - (II) este listat pe lista Oficiului pentru Controlul Activelor Străine (OFAC) cu Cetățeni special desemnați și Persoane Blocate (SDN), pe listele sancțiunilor Națiunilor Unite, Uniunii Europene, Regatului Unit sau pe orice altă listă de sancțiuni internaționale sau locale; sau
 - (III) solicită plata pentru orice servicii primite în orice țară sancționată de OFAC, Națiunile Unite, Uniunea Europeană, Regatul Unit sau de către autoritatea locală aplicabilă.

ARTICOLUL 5. 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 convenit Beneficiarului să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie.

ARTICOLUL 6. Plata primei

- 6.1.** Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentă, așa cum este aceasta definită în prezentele condiții contractuale, pentru Luna de Asigurare imediat următoare, prin debitarea contului curent principal în Lei deschis la Banca Transilvania, în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă, fiecare dintre ele în varianta Platinum, Premium sau Standard), după Data Activării prin plata primelor de asigurare prin intermediul Serviciului de debitare automată, astfel:

Tip acoperire	Platinum		Premium		Standard	
	Asigurat Principal	Asigurat Subsidiar	Asigurat Principal	Asigurat Subsidiar	Asigurat Principal	Asigurat Subsidiar
În funcție de vârstă	Prima lunară		Prima lunară		Prima lunară	
18-44 ani	68	50	57	41	42	30
45-54 ani	68	51	60	44	43	30
55-64 ani	71	53	62	46	48	34

Pentru varianta de asigurare de Familie, prima de asigurare se va calcula ca sumă a valorii de primă aferentă Asiguratului Principal și a valorii de prima aferentă Asiguratului Subsidiar.

6.2. Plata primelor de asigurare de către Asigurații Principali se realizează prin Serviciul de debitare automată contractat de către aceștia de la Titularul Poliței, în baza căruia Banca Transilvania execută în contul curent al Asiguratului Principal operațiunile de plată a primelor de asigurare inițiate de Societatea de Asigurări, lunar, la Data Scadentă a primei menționate în Certificatul de Asigurare. Dacă la Data Scadentă 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 acesta nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului ca nu au avut disponibil necesar în cont la Data Scadentă.

6.3. Prima de asigurare se plătește anticipat, lunar, pentru Luna de Asigurare următoare Datei Scadente.

Exemplu:

Data Scadentă: **01.08.2022**

Perioada acoperită prin plata primei la Data Scadentă: **01.09.2022 - 30.09.2022**

6.4. Contul curent este contul curent principal în lei pe care Asiguratul Principal îl are deschis la Banca Transilvania, din care se va face debitarea automată a primelor de asigurare.

6.5. Asiguratul Principal are obligația să asigure și să mențină în contul curent disponibilitățile necesare și suficiente pentru plata primei de asigurare la Data Scadentă, așa cum este ea definită la art. 1.10., pe toată durata de valabilitate a Acoperii Individuale sau Extinse pentru care a optat.

6.6. Dacă până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, 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 se suspendă pentru Luna de Asigurare următoare, 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 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 consecutive.

6.7. Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a modifica prima de asigurare în cazul unor fluctuații ai parametrilor de bază care pot influența evoluția costurilor beneficiilor oferite. Prima de asigurare se modifică la următoarea Dată Scadentă. Noua valoare a primei de asigurare va fi comunicată Asiguratului Principal cu cel puțin 20 de zile calendaristice anterior datei intrării în vigoare a modificării. În cazul în care Asiguratul Principal nu este de acord cu modificarea primei de asigurare, programul de asigurare se consideră reziliat de către acesta la următoarea Dată Scadentă, fără a fi necesare alte demersuri.

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

6.9. În cazul în care modalitatea agreată pentru plata primei de asigurare nu mai este disponibilă (indiferent de motiv), asigurarea poate rămâne în vigoare doar dacă Asiguratul Principal optează pentru o nouă modalitate de plată și pentru condițiile comerciale aferente acesteia, oferită de Societatea de Asigurări și pusă la dispoziția acestuia, la momentul respectiv.

ARTICOLUL 7. Acordarea indemnizațiilor de asigurare

7.1. Societatea va fi notificată în scris, prin eClaims, prin e-mail sau prin poștă, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 (treizeci) de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condițiile prezentului contract de asigurare.

7.2. Societatea de Asigurări se obliga să plătească în cazul producerii Evenimentului Asigurat pe durata de valabilitate a asigurării, Indemnizația de asigurare pentru diagnosticarea cu Cancer.

Indemnizația de asigurare reprezintă 100% din Suma asigurată calculată la data diagnosticării Cancerului și se va plăti Asiguratului o singură dată pe durata de valabilitate a acesteia.

După plata Indemnizației de Asigurare, Asigurarea încetează, fără a se mai despăgubi ulterior alte Indemnizații și fără obligația contractantului de a mai plăti prime pentru această Asigurare .

În cazul în care Indemnizația de Asigurare este plătită pentru un Eveniment Asigurat al Asiguratului Subsidiar, Asigurarea continuă sa rămână în vigoare pentru Asiguratul Principal, dacă acesta continuă să plătească primele aferente contractului de asigurare.

Societatea de Asigurări poate acorda în avans 10% din suma asigurată, imediat (în maximum 48 de ore) după primirea anunțului Evenimentului Asigurat, dacă examenul histopatologic confirmă diagnosticul de Cancer, însă documentația necesară evaluării evenimentului asigurat nu este completă și urmează să îi fie solicitate Asiguratului documente în completare. În cazul în care evaluarea este finalizată cu decizia de acordare a Indemnizației de asigurare, se va plăti Asiguratului restul de 90% din Suma Asigurată calculată la data diagnosticării Cancerului.

În cazul în care în urma evaluării dosarului complet de despăgubire se constată ca evenimentul nu este acoperit prin condițiile contractului de asigurare, Asiguratul/moștenitorul legal va returna suma necuvenită încasată (cei 10% din suma asigurată), conform indicațiilor primite de la Asigurător.

În cazul în care Asiguratul decedează în urma diagnosticării cu Cancer, Indemnizația de asigurare va fi plătită moștenitorilor legal desemnați.

- 7.3.** Serviciile de Telemedicină – Se acordă Asiguratului Principal/Subsidiar la solicitare, în baza Termenilor și Condițiilor prezentate la articolul 14.
- 7.4.** Serviciile de Telediagnostic – Se acordă Asiguratului Principal/Subsidiar la solicitare, conform Termenilor și Condițiilor prezentate la articolul 15.
- 7.5.** Valoarea Indemnizației de asigurare va fi cea corespunzătoare tipului de asigurare pentru care a optat Asiguratul Principal și a nivelului de primă care a fost achitat, astfel:

Vârstă Asigurat Principal/ Subsidiar	Tip pachet		
	Pachetul de Asigurare Platinum	Pachetul de Asigurare Premium	Pachetul de Asigurare Standard
18-44 ani	80.000 lei	65.000 lei	45.000 lei
45-54 ani	35.000 lei	30.000 lei	20.000 lei
55-64 ani	21.000 lei	18.000 lei	14.000 lei

- 7.6.** Toate solicitările pentru Indemnizația de asigurare vor fi adresate de către Persoana Asigurată/Beneficiar, Societății de Asigurări, în scris, prin intermediul metodelor de contact puse la dispoziție de Societate:
- online prin aplicația **eClaims** disponibilă pe <https://despagubiri.metropolitanlife.ro/#/landing>
 - prin e-mail la adresa despagubiri@metropolitanlife.ro
 - prin poștă la adresa B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, Clădirea Europe House, etaj 4, sector 1, București.
- 7.7.** Toate solicitările cu privire la Serviciile de Telemedicină vor fi adresate partenerului Telios Care S.A în condițiile prevazute la articolul 14.
- 7.8.** Toate solicitările cu privire la Serviciile de Telediagnostic vor fi adresate Societății de Asigurări, în scris, prin intermediul metodelor de contact puse la dispoziție de Societate:
- prin e-mail la adresa despagubiri@metropolitanlife.ro
 - prin poștă la adresa B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, Clădirea Europe House, etaj 4, sector 1, București.
- 7.9.** Persoanei Asigurate îi revine responsabilitatea furnizării certificatelor, datelor, informațiilor și documentelor cerute în mod rezonabil și curent de către Societatea de Asigurări, acestea fiind prezentate/transmise în forma specificata de Societatea de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru aceasta din urmă.
- 7.10.** Cererea pentru anunțul Evenimentului asigurat și plata Indemnizația de Asigurare va conține următoarele date și informații și i se vor atașa cel puțin următoarele documente, după caz:
- cererea de despăgubire în formatul cerut de Societatea de Asigurări, completată personal de Persoana Asigurată/Beneficiar, formular disponibil online prin aplicația eClaims disponibilă pe <https://despagubiri.metropolitanlife.ro/#/landing> sau pe www.metropolitanlife.ro;

- b.** raportul medicului specialist (oncolog, hematolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care stabilește diagnosticul sau copia biletului/biletelor de externare;
 - c.** examenul histopatologic și testele imunohistochimice care confirmă diagnosticul și stadializarea afecțiunii;
 - d.** copia fișei medicale din evidența medicului de familie care confirmă istoricul medical al Asiguratului;
 - e.** alte documente medicale cu privire la istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia;
 - f.** copia actului de identitate a persoanei asigurate copia extrasului de cont bancar curent în lei, al persoanei asigurate;
 - g.** alte documente relevante solicitate de Societatea de Asigurări.
- 7.11.** În cazul în care Societatea de Asigurări va considera necesar în vederea stabilirii dreptului privind plata Indemnizației de asigurare, Persoana Asigurată se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricărei Vătămări Corporale, costurile aferente fiind suportate de către Societatea de Asigurări. După survenirea oricărei Vătămări Corporale, Persoana Asigurată va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea obținerii și urmării recomandărilor primite, iar Societatea de Asigurări nu va fi responsabilă pentru consecințele apărute în urma refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate.
- 7.12.** După primirea de către Societatea de Asigurări a tuturor informațiilor solicitate și necesare pentru stabilirea Indemnizației de asigurare, Indemnizația de asigurare se va plăti, fără dobândă, în termen de 10 (zece) zile lucrătoare de momentul la care documentația completă solicitată este pusă la dispoziția Societății de Asigurări. Indemnizațiile de asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în contul pus la dispoziție de către Persoana Asigurată care solicită indemnizația de asigurare.
- 7.13.** Asigurătorul are dreptul de a nu plăti indemnizația de asigurare în cazul în care documentele suplimentare solicitate pentru completarea dosarului de despăgubire nu sunt depuse de asigurat în termen de 60 zile de la data solicitării deschiderii dosarului de despăgubire.
- 7.14.** În cazul în care documentele și informațiile puse la dispoziție de către solicitantul despăgubirii conțin informații contradictorii sau nu sunt conforme cu datele furnizate de instituțiile medicale sau alte autorități, Societatea de Asigurări va avea dreptul de a respinge solicitarea de despăgubire și de a rezilia unilateral contractul de asigurare, în condițiile prevăzute la articolul "Încetarea asigurării".
- 7.15.** Documentația necesară va fi transmisă Asigurătorului în limba română sau una din limbile de circulație internațională: engleză, franceză, italiană, germană și/sau spaniolă. Documentele în alte limbi decât cele enumerate vor fi transmise sub forma traducerii autorizate, în copie, iar costul traducerii va fi suportat de către Beneficiar.
- 7.16.** Persoanele Asigurate nu vor putea solicita plata niciunei Indemnizații de asigurare în afara prevederilor prezentei asigurări.

ARTICOLUL 8. Modificarea acoperirii individuale

- 8.1.** 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 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua Digi) de luni până vineri între orele 09:00 – 17:00. Numărul de telefon menționat în acest articol poate fi modificat de către Societatea de Asigurări, această informație va fi disponibilă pe site-ul acestuia și va informa în scris Titularul poliței de această modificare.
- 8.2.** Noua variantă de asigurare aleasă de către Asiguratul Principal va produce efecte începând cu luna de asigurare pentru care plătește prima de asigurare modificată, astfel:
- a.** noua valoare a primei de asigurare va ține cont de categoria de vârstă în care se încadrează Asiguratul Principal /Asiguratul Subsidiar la data solicitării modificării în cazul în care modificarea se face dintr-o variantă de asigurare în alta (Exemplu: modificare de Pachet din Premium în Standard, din Platinum în Premium, din Premium în Platinum, etc.);
 - b.** noua valoare a primei de asigurare va ține cont de categoria de vârstă în care se încadrează Asiguratul Principal /Asiguratul Subsidiar la data înscrierii în asigurare în cazul în care se menține varianta de asigurare, dar se modifică acoperirea (acoperire extinsă/acoperire individuală).
- 8.3.** Noua varianta de asigurare aleasă de către Asiguratul Principal va produce efecte începând cu Luna de Asigurare pentru care s-a achitat prima de asigurare modificată.

- 8.4.** În cazul în care Asiguratul Principal a optat pentru un Pachet de Asigurare Extinsă (Familială) și ulterior Asiguratul Subsidiar împlinește vârsta maximă de 65 de ani, Pachetul de Asigurare va fi modificat în Pachet de Asigurare Individual. În aceste situații, Prima de asigurare se va modifica în funcție de noul Pachet de Asigurare în baza vârstei de la momentul activării Asigurării, iar Societatea de Asigurare va transmite Asiguratului Principal contractul de asigurare modificat.

ARTICOLUL 9. Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal

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

1. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată ultima prima de asigurare, în cazul în care se închide contul curent desemnat pentru plata primelor sau se renunță la Serviciul de debitare automată;
2. la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maxima admisă (65 de ani) sau la data expirării perioadei maxime asigurate de 10 ani calculată de la data înscrierii în Asigurare;
3. la data Decesului Asiguratului Principal, indiferent de varianta Asigurării contractate;
4. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată ultima Primă de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate după expirarea perioadei de gratuitate;
5. la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de încetare a Asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate;
6. la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare;
7. la data împlinirii termenului de preaviz, în cazul denunțării asigurării de către Societatea de Asigurări;
8. la data plății despăgubirii conform prezentului contract.

9.1. (b) Acoperirea Individuală va înceta pentru Asiguratul Subsidiar la primul din următoarele momente:

1. la data la care va înceta Acoperirea Individuală a Asiguratului Principal, indiferent de motiv;
2. la data la care Asiguratul Subsidiar Soț/Soție va împlini vârsta maximă admisă de 65 (șaizeci și cinci) de ani;
3. la data împlinirii termenului de preaviz, în cazul denunțării asigurării de către Societatea de Asigurări;
4. la data plății despăgubirii conform prezentului contract.

9.1. (c) Societatea de Asigurări, fiind informată cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevazute mai sus, se obligă sa informeze Titularul Poliței cu privire la acest eveniment și la necesitatea încetării debitării automate a contului curent deschis la aceasta.

9.2. 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 trimite către Societatea de Asigurări și va trebui să conțină datele de identificare ale Asiguratului Principal. Contractul de asigurare poate fi denunțat și telefonic la numărul de telefon dedicat 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua Digi) apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 17:00.

9.3. Încetarea Acoperirii individuale nu va afecta nicio pretenție la Indemnizația de asigurare formulată ulterior intervenirii oricăruia dintre cazurile de încetare, dacă riscul asigurat, respectiv diagnosticarea cu Cancer s-a produs în perioada în care acoperirea individuală era în vigoare și este în concordanță cu prevederile prezente ale termenilor contractuali.

9.4. Societatea de Asigurări va restitui Asiguratului Principal orice primă de asigurare plătită de acesta după data încetării Acoperirii.

9.5. 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 coincid cu Data Scadentă sau cu reverificări la perioade succesive de 3 (trei) zile lucrătoare), formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 031.413.79.09 (număr cu tarif normal în rețeaua Digi, apelabil de luni până vineri

între orele 09:00 – 17:00). Ca urmare a unei astfel de cereri, asigurarea se reziliază odată cu cererea telefonică a Asiguratului Principal.

- 9.6.** În cazul în care Asiguratul Principal solicita încetarea asigurării la o data ulterioară datei menționate mai sus, prima de asigurare nu se va restitui, clientul continuând să fie asigurat până la finalul perioadei pentru care a fost debitată prima de asigurare.
- 9.7.** Asigurarea contractată de Asiguratul Principal poate fi denunțată de Societatea de Asigurări prin transmiterea unei notificări scrise, cu acordarea unui termen de preaviz de cel puțin 20 de zile.

ARTICOLUL 10. Excluderi

- 10.1.** Această asigurare nu se aplică în cazul evenimentelor cauzate sau provocate, direct sau indirect, de sau prin:
- a)** consecința directă sau indirectă a oricărei condiții preexistente. Prin excepție, Asiguratul are dreptul de a nu declara afecțiunea oncologică, dacă, la data încheierii contractului de asigurare, a trecut un termen de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic. În cazul persoanelor diagnosticate înainte de vârsta de 18 ani, termenul menționat anterior este de 5 ani de la data încheierii protocolului oncologic;
 - b)** folosirea de către Asigurat a oricărui drog (incluzând substanțe halucinogene, plante psihogene, plante psihotrope etc), medicamente sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală recunoscută;
 - c)** consumul excesiv de alcool, alcoolism, orice afecțiuni cronice etanolice;
 - d)** radiații, reacții nucleare sau contaminare radioactivă;
 - e)** o afecțiune apărută în Perioada de Așteptare a contractului de asigurare;
 - f)** tratament experimental, precum și acele proceduri de diagnostic, terapeutice și/sau chirurgicale ale căror siguranță și efecte nu au fost recunoscute/omologate de OMS sau de către o autoritate de stat (de exemplu ministerul Sănătății) în mod corespunzător;
 - g)** orice tumoră în prezența Sindromului Imunodeficienței Dobândite (SIDA) (termenul “sindromul imunodeficienței dobândite” va avea înțelesul dat de Organizația Mondială a Sănătății);
 - h)** Cancer de piele cu excepția melanomului malign.
- 10.2.** Prezenta asigurare include o Perioadă de așteptare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, interval în care Societatea de Asigurări nu va acoperi Evenimentul asigurat ce constă în diagnosticarea, în acest interval, cu cancer. Perioada de așteptare se calculează de la data Intrării în vigoare a Asigurării Individuale/de la data Intrării în vigoare a modificărilor Pachetului de asigurare, în cazul în care suma asigurată a fost crescută.
- 10.3.** Nu se va efectua nicio plată în caz de diagnosticare cu Cancer în primele 30 (treizeci) de zile de la data la care se reia protecția prin asigurare ca urmare a unei perioade de suspendare de minimum 3 (trei) luni consecutive ca urmare a neplății primei lunare de asigurare.
- 10.4.** Nu se va efectua nicio plată pentru în perioada când asigurarea a fost suspendată pentru neplata primei.

ARTICOLUL 11. Legea aplicabilă și jurisdicția

Prezentului contract i se aplică legislația din România, incluzând, dar nelimitându-se la următoarele acte normative cu modificările și completările ulterioare: Codul Civil al României, Legea nr. 236/2018, Legea nr.237/2015, Ordonanța Guvernului nr.85/2004 privind protecția consumatorilor la încheierea și executarea contractelor la distanță privind serviciile financiare și orice alte acte emise de autoritatea de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor.

Titularul Poliței și Persoana Asigurată/Reprezentantul Legal cuprinși în contractul de asigurare și Societatea de Asigurări vor încerca soluționarea pe cale amiabilă a oricărui litigii rezultate din executarea contractului de asigurare. Orice reclamații adresate Societății de Asigurări de către Titularul Poliței sau de Persoana Asigurată/Reprezentantul legal cuprinși în contractul de asigurare în legătura 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 de către acesta sau transmise prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire la sediul Societății de Asigurări sau prin e-mail la adresa client@metropolitanlife.ro ori pe site-ul Societății pe www.metropolitanlife.ro, cu condiția completării tuturor câmpurilor obligatorii. Societatea de

Asigurări va analiza reclamația și 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 e-mail/ scrisoare recomandată cu confirmare de primire. Procedura amiabilă nu constituie o restrângere a dreptului petentului de a se adresa autorităților de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor (Autoritatea de Supraveghere Financiară și Banca Centrală a Irlandei), autorităților competente în domeniul protecției consumatorului și/sau instanțelor judecătorești competente.

ARTICOLUL 12. 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.

ARTICOLUL 13. Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare

În conformitate cu prevederile Codului fiscal în vigoare la data acestei versiuni a termenilor și condițiilor de asigurare, primele de asigurare aferente acestui contract de asigurare nu sunt deductibile fiscal. Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a unei modificări legislative.

ARTICOLUL 14. Condiții contractuale servicii telemedicină - consiliere medicală la distanță

14.1. Definiții:

- 14.1.1.** Partener: Telios Care SA, accesând platforma online www.telios.ro/metropolitanlife și portal.telios.ro, care oferă Serviciile de Telemedicină. De asemenea aceste servicii pot fi accesate și sunând la numărul de telefon: 0373 787 800
- 14.1.2.** Consilierea medicală online și/sau telefonică și video reprezintă un serviciu din categoria telemedicinii, care permite interacțiunea medic-pacient în mediul online, prin intermediul mijloacelor electronice de comunicare. Serviciul de consiliere medicală online sau telefonic este disponibil ca o alternativă a consultațiilor în prezența pacientului în cabinetul medicului, nu își propune să înlocuiască consultul medical de specialitate și este limitat în ceea ce privește posibilitatea de diagnosticare.

14.2. Beneficii:

- 14.2.1.** Societatea oferă Asiguratului principal/subsidiar cu ocazia emiterii contractului de asigurare, accesul în mod gratuit la Serviciile de Telemedicină oferite de către Partener;
- 14.2.2.** La semnarea contractului de asigurare, Asiguratul va fi informat că va avea acces la aceste servicii pe întreaga durată a contractului de asigurare, cu condiția ca acoperirea de bază să fie activă în luna în care se solicită acest serviciu.
- 14.2.3.** Asiguratul va putea accesa aceste servicii de Telemedicină prin următoarele modalități:
- Platforma online www.telios.ro/metropolitanlife, unde își va crea un cont de utilizator având ca date de logare numărul de certificat (cod unic) și o parolă stabilită de Asigurat.
 - Prin contactarea Call Center Partener la numărul de telefon: 0373 787 800
- 14.2.4.** Este răspunderea Asiguratului Principal/Subsidiar să ofere o descriere cât mai corectă și completă a simptomelor, a stării generale de sănătate, a medicației folosite sau a tratamentelor indicate de alți medici și neurmte în totalitate, a istoricului medical și a oricăror posibili factori externi cu care pacientul a intrat în contact (ex. persoane cu afecțiuni transmisibile, călătorii, substanțe de orice natură etc).

- 14.2.5.** Având în vedere nivelul de confidențialitate și de securitate necesare accesării în siguranță a acestui tip de serviciu, consilierea medicală online este accesibilă doar prin intermediul contului individual Telios (contul de portal), atât în versiunea desktop, cât și mobilă, iar consilierea medicală telefonică este accesibilă prin apelarea Telios la numărul de Call Center furnizat mai sus.
- 14.2.6.** Sesiunea de consiliere medicală video nu va fi înregistrată, și nici o imagine sau amprentă vocală nu va fi stocată de către Telios ca urmare a sesiunii de consiliere medicală online. Este interzisă înregistrarea acesteia de către pacient. În caz contrar, medicul va opri înregistrarea la momentul în care o va sesiza, reamintind pacientului interdicția. La o eventuală încălcare viitoare, pacientului i se va interzice accesul, fără a avea posibilitatea unei noi programări urmând a fi aplicabile regulile obișnuite pentru folosirea serviciilor Telios.
- 14.2.7.** În cadrul sesiunilor de consiliere medicală telefonică, discuția dintre medic și pacient este înregistrată în scopul evidenței informațiilor relevante din punct de vedere medical în fișa medicală a pacientului, iar aceste înregistrări sunt stocate pe o perioadă de maximum 3 ani, accesibile doar personalului medical autorizat. Toate datele consilierii medicale telefonice se găsesc în fișa pacientului, care poate fi accesată din portalul Telios.
- 14.2.8.** Consilierile medicale online și telefonice, fără prezența fizică a pacientului în cabinet, se pretează doar anumitor specialități medicale și prezintă anumite caracteristici, după cum urmează:
- Se va putea oferi consiliere medicală doar pentru afecțiuni de gravitate cel mult medie, implicând o stare generală bună a pacientului, cu simptome cu debut recent, de până la câteva zile;
 - Se vor putea oferi de asemenea consiliere medicală după vizite anterioare, pentru interpretarea rezultatelor analizelor și eventual evaluarea modului în care afecțiunea se recuperează;
 - Consilierea medicală nu va putea implica un examen clinic complet (nu vor putea fi făcute măsurători ale semnelor vitale, nu vor putea fi obținute date clinice în urma palpării sau auscultației pacientului);
- Este important de făcut diferența între medicină generală, specialitățile medicale și pediatrie. Astfel, în cazul pediatriei, se vor putea consilia o gamă mai largă de simptomatologii, care în cazul adulților pot fi indicii ale unor afecțiuni ce necesită investigații mai complexe și prezența pacientului în cabinetul medicului;
- În funcție de cele constatate de medic, consilierile medicale se vor putea finaliza fie cu recomandări simple cu instrucțiuni de urmat, fie cu recomandări pentru un consult clinic de specialitate sau investigații;
- 14.2.9.** Medicul nu va putea emite toate tipurile de rețete (vor putea cel mult fi emise recomandări de medicamente OTC – medicamente eliberate de farmacia fără prescriere medicală / rețete pentru prelungirea de tratamente pentru afecțiuni cronice pentru perioade de maximum 30 de zile);
- 14.2.10.** Raportul medical al consilierii, inclusiv recomandările făcute la final, se vor/ va regăsi în istoricul medical al pacientului și va fi vizibil și în contul de portal al acestuia;
- 14.2.11.** Pacientul este rugat să țină seama de recomandările făcute de medic. Medicul curant și Telios își declină orice răspundere în cazul în care pacientul nu urmează aceste recomandări. În cazurile în care recomandările efectuate în cadrul consilierii nu îmbunătățesc simptomele prezentate, pacientul are datoria de a solicita o nouă opinie. Dacă simptomele se agravează sau apar reacții adverse la medicamentele recomandate pacientul va apela serviciul de urgență 112 sau se va prezenta la Camera de Gardă.
- 14.2.12.** Acoperirile medicale pentru care se oferă acest beneficiu sunt: Medicină Generală, Pediatrie, Medicină Internă, Gastroenterologie, Reumatologie, Diabet și Boli metabolice, ORL, Farmacie, Stomatologie, Endocrinologie, Psihologie, Nutriție, Fitness, Kinetoterapie, Ginecologie, Urologie, Psihiatrie, Psihiatrie pediatrică, Dermatologie, Cardiologie, Nefrologie, Oftalmologie și Ortopedie. Acestea însă se pot modifica pe parcursul contractului, lista actualizată putând fi accesată pe site-ul Partenerului.
- 14.2.13.** Asiguratul Principal/Subsidiar va primi asistență prin linia de suport indicată pe pagina web a platformei (www.telios.ro).

14.3. Limite ale răspunderii:

- 14.3.1.** Societatea de Asigurări nu poate fi trasă la răspundere pentru serviciile de Telemedicină oferite de Partener.
- 14.3.2.** Datele cu caracter personal, inclusiv cele de sănătate vor fi prelucrate de Partener și de Societate, în calitatea acestora de Operatori, cu respectarea obligațiilor prevăzute de legislația în vigoare în materia prelucrării datelor cu caracter personal, Societatea nefiind responsabilă pentru prelucrările realizate de Partener în scopul prestării Serviciilor de Telemedicină.

14.4 Durata contractului Servicii de Telemedicină

- 14.4.1.** Data intrării în vigoare va fi prevăzută în certificatul de asigurare , ea fiind aceeași cu cea a contractului de asigurare.
- 14.4.2.** Beneficiul va putea fi accesat după maximum 5 zile lucrătoare de la data activării contractului de asigurare.
- 14.4.3.** Acoperirea acestui beneficiu încetează la data încetării asigurării de bază la care este anexat, indiferent de motivul încetării.
- 14.4.4.** Acest beneficiu încetează de drept, automat, în momentul încheierii colaborării dintre Societatea de Asigurări și Partener, cu excepția cazului în care se va continua prestarea acestor beneficii prin intermediul altei companii. Încetarea și/sau înlocuirea colaborării cu Partenerul va fi publicată pe pagina de internet oficială a Societății.

ARTICOLUL 15. Condiții contractuale servicii telediagnostic - consult medical în caz de îmbolnăvire a asiguratului principal sau subsidiar

- 15.1.** Societatea de Asigurări va plăti costurile consultării Asiguratului Principal/Subsidiar în caz de producere a unei boli specificate la punctul 15.6. din prezentul contract și care s-a produs după intrarea în vigoare a asigurării în baza activării prezentului contract. Consulturile medicale sunt asigurate de specialiștii Consorțiului și vizează sprijinirea Asiguratului Principal/Subsidiar și asistarea medicului care îl îngrijește în stabilirea diagnosticului și a protocoalelor de tratament.
- 15.2.** Consultul medical include:
- 1) o opinie medicală acordată în scris din partea unui specialist al Consorțiului avizat de reprezentantul Consorțiului autorizat conform legislației române,
 - 2) o interpretare pentru CT (computer tomograf), RMN (rezonanță magnetică nucleară), raze X, ultrasunete, alte investigații imagistice sau de patologie,
 - 3) un consult ulterior de monitorizare, dacă este necesar. În cazul în care Asiguratul Principal/Subsidiar solicită rapoarte adiționale de diagnosticare/consult sau prezintă întrebări suplimentare în termen de treizeci (30) de zile de la primirea opiniei inițiale de consult medical care este specificată la punctul 1) și 2) de mai sus, această solicitare va fi considerată un consult de monitorizare, și face parte din consultul medical inițial,
 - 4) un plan de tratament recomandat de specialiștii Consorțiului și avizat de reprezentantul Consorțiului autorizat conform legislației române. Cazurile pot include investigații clinice și paraclinice, după caz,
 - 5) o convorbire telefonică în limba engleză cu referire la diagnosticul pentru care a fost solicitată consultația, dacă este cazul în opinia Societății, între medicul Asiguratului Principal/Subsidiar și specialistul Consorțiului.
- 15.3.** Dacă sunt transmise mai multe studii ale aceleiași regiuni anatomice utilizând același procedeu în legătură cu aceeași problemă medicală, va fi analizat cel mai recent studiu. Toate celelalte studii ale aceleiași regiuni anatomice utilizând același procedeu prezentate în termen de treizeci (30) de zile de la opinia medicală inițială vor fi considerate studii comparative și nu vor fi privite ca o cerere nouă de consult.
- Întrebările sau cererile suplimentare de informații adiționale înaintate în termen de peste treizeci (30) de zile de la opinia medicală inițială sau în afara obiectului consultului și opiniei inițiale vor fi considerate o cerere nouă de Consult.
- 15.4.** Numărul de cereri pentru consult este limitat la maximum:
- 1) două (2) pe durata unui an de asigurare;
 - 2) șase (6) pe întreaga perioadă de valabilitate a Contractului de Asigurare, în cazul în care contractul cu furnizorul de servicii de telediagnostic este reînnoit.
- 15.5.** Procesarea și transmiterea de date medicale furnizate de Asiguratul Principal/Subsidiar și medicul care îl îngrijește și întreținerea (păstrarea) rețelei de spitale a Consorțiului și de specialiști medicali care vor asigura consulturi

în baza prezentului contract sunt responsabilitatea deplină a Consorțiului, respectiv a reprezentantului acestuia autorizat conform legii române. Societatea de Asigurări nu își asumă nicio răspundere pentru conformitatea studiilor realizate de specialiștii, respectiv de reprezentanții autorizați ai Consorțiului.

15.6. Asiguratul Principal/Subsidiar are dreptul de a primi consultări pentru următoarele stări medicale grave, acute sau complicații ale acestora:

- Cancer
- Infarct miocardic (IM)
- Boală coronariană ce necesită chirurgie cardiacă
- Comă
- Accident vascular cerebral (AVC)
- Scleroză multiplă
- Paralizie
- Bronhopneumopatie cronică obstructivă
- Emfizem
- Boală inflamatorie intestinală (Boală Crohn, Rectocolită ulcerohemoragică)
- Hepatopatie cronică (Hepatită cronică, Ciroză hepatică)
- Insuficiență renală
- Durere cronică pelvină, Boală inflamatorie pelvină (boală anexială)
- Diabet zaharat
- Tromboflebită și Embolie pulmonară (Tromboembolism pulmonar)
- Amputație
- Poliartrită reumatoidă
- Melanom malign
- Arsuri majore
- Orbirea bruscă datorată unor afecțiuni
- Transplant de organe majore (inimă, cord-pulmon, ficat, rinichi, transplant de măduvă osoasă hematogenă)
- Boli neurodegenerative
- Condiții patologice amenințătoare de viață

15.7. Documentația necesară solicitărilor de despăgubire:

Cererea de consult va fi realizată de către Asiguratul Principal/Subsidiar sau medicul care îl îngrijește, prin contactarea Societății de Asigurări, care va trimite cererea de consult către reprezentanții Consorțiului din România. Reprezentantul autorizat al Consorțiului va specifica Asiguratului Principal/Subsidiar sau medicului care îl îngrijește procedura ce trebuie urmată, ce evidențe medicale sunt necesare și va pune la dispoziție toate formularele și ajutorul necesar Asiguratului Principal/Subsidiar să solicite consulturile specificate mai sus. Reprezentantul autorizat al The WorldCare International Inc. este responsabil de traducerea în limba engleză și română a documentelor medicale furnizate de Asiguratul Principal/Subsidiar sau de către The World Care.

- **Cererea de consult.** Asiguratul Principal/Subsidiar sau medicul care îl îngrijește face cererea de consult și o trimite Societății de Asigurări. Societatea de asigurări trimite cererea de consult către reprezentanții Consorțiului din România.
- **Documentația medicală.** Reprezentantul Consorțiului va specifica Asiguratului Principal/Subsidiar sau medicului care îl îngrijește care sunt pașii procesului și documentele medicale necesare obținerii opiniei medicale. Traducerea documentelor medicale este făcută de Consorțiul din România.

Cererea de consult -> transmisă de către Asiguratul Principal/Subsidiar/ medicul acestuia către Societatea de Asigurări -> Societatea de Asigurări transmite cererea către Reprezentanții Consorțiului din România;

Reprezentanții Consorțiului din România transmit către Asiguratul Principal/Subsidiar/ medicul acestuia procedura ce trebuie urmată (inclusiv traducerea în limba engleză a documentelor);

Reprezentanții Consorțiului din România trimit documentele primite și traduse către Consorțiu (The WorldCare International Inc.);

Reprezentantul Consorțiului din România transmite către Asiguratul Principal/Subsidiar/ medicul acestuia răspunsul solicitării de Telediagnostic (A doua opinie medicală), inclusiv traducerea din limba engleză în limba română a rezultatului.

- 15.8.** Consulturile acordate în baza prezentului contract sunt asigurate de reprezentanții Consorțiului, autorizați conform legii române. Realizarea consulturilor este responsabilitatea exclusivă a Consorțiului WorldCare, prin reprezentanții autorizați ai acestuia. Societatea de Asigurări nu își asumă nicio răspundere și nu va fi trasă la răspundere pentru erorile sau omisiunile Consorțiului apărute în acordarea consulturilor sus menționate.
- 15.9.** Asigurarea Telediagnostic încetează de drept, automat, în momentul încheierii colaborării dintre Societatea de asigurări și Consorțiu, cu excepția cazului în care Consorțiul este înlocuit de o altă rețea de medici specialiști care va continua prestarea acestor servicii. În orice caz, dacă colaborarea dintre Societatea de Asigurări și Consorțiu încetează, acest lucru va fi notificat Asiguratului Principal de către Societatea de Asigurări, care îi va comunica și noile condiții ale asigurării, inclusiv cuantumul primei de asigurare. În situația în care Societatea de Asigurări încheie o colaborare cu un alt partener pentru oferirea Asigurării Telediagnostic și acest lucru implică o majorare a primei de asigurare, Asigurarea Telediagnostic va rămâne în vigoare numai în baza acordului expres al Asiguratului Principal.

ARTICOLUL 16. Forța majoră

- 16.1.** 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.
- 16.2.** 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.
- 16.3.** 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.

Despre Metropolitan Life

MetLife, Inc. (NYSE: MET), prin filialele și afiliații („MetLife”), este una dintre cele mai importante companii de servicii financiare din lume, oferind asigurări, anuități, beneficii pentru angajați și gestionarea activelor pentru a-și ajuta clienții individuali și instituționali să pășească cu încredere în viitor. Fondată în 1868, MetLife are operațiuni în peste 40 de piețe la nivel global și deține poziții de lider în Statele Unite, Japonia, America Latină, Asia, Europa și Orientul Mijlociu. Pentru mai multe informații, vizitați www.metlife.com.

În România, Metropolitan Life are peste **23 ani de activitate** pe piața de asigurări de viață. Peste **3 milioane de clienți** beneficiază de asigurări de viață și pensii private obligatorii oferite de Metropolitan Life la nivel local

www.metropolitanlife.ro

MetLife Europe Designated Activity Company, Societate irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, Sediul social pe Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, Înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin cu numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062

Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, Sediul social: Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, România, Înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/135/07.01.2016, Cod unic de identificare 35383464

Informare cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

Metropolitan Life face constant demersurile necesare pentru protejarea confidențialității și securității [datelor dumneavoastră personale](#). Acest document, descrie modul în care folosim datele personale pe care le obținem direct de la dumneavoastră sau de la terți.

Cine suntem noi?

Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București, cu sediul în B-dul Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București, cod poștal RO-010665, denumit în continuare **“Metropolitan Life”** și care va fi operatorul datelor dumneavoastră personale.

Cum să obțineți mai multe informații?

Pentru mai multe informații privind prelucrarea datelor dumneavoastră personale vă rugăm să parcurgeți [Politica de prelucrare a datelor personale pe care o puteți accesa <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/>](#) sau puteți contacta **Responsabilul nostru cu protecția datelor**, la următoarele date de contact:

- B-dul Lascăr Catargiu, nr. 47-53, etaj 4, sector 1, București, cod poștal RO-010665
- e-mail: dpo@metropolitanlife.ro
- telefon: +4.021.208.4100

Care sunt drepturile dumneavoastră?

Mai jos regăsiți un rezumat al drepturilor dumneavoastră în ceea ce privește datele personale. Mai multe detalii despre drepturile dumneavoastră regăsiți în secțiunea aferentă din [Politica de prelucrare a datelor personale pe care o regăsiți accesând <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/>](#).

- 1. Dreptul de a fi informat.** Aveți dreptul de a primi informații clare, transparente și ușor de înțeles despre modul în care folosim datele dumneavoastră personale și despre drepturile pe care le aveți. Astfel că, vă punem la dispoziție toate informațiile necesare cu privire la datele dumneavoastră personale în această [Politica de prelucrare a datelor personale](#).
- 2. Dreptul de acces.** Aveți dreptul să obțineți acces la datele dumneavoastră personale (în cazul în care le prelucrăm) și la alte date personale (similare cu cele menționate în această informare). În felul acesta, sunteți informat și puteți verifica dacă folosim datele dumneavoastră personale în conformitate cu legislația privind protecția datelor cu caracter personal.
- 3. Dreptul la rectificare.** Aveți dreptul să vă fie corectate datele personale, dacă acestea sunt inexacte sau incomplete.
- 4. Dreptul la ștergerea datelor.** Acest drept este cunoscut și sub numele de “dreptul de a fi uitat” și vă permite să solicitați ștergerea sau eliminarea datelor dumneavoastră personale în cazul în care nu mai există un motiv pentru care noi să le prelucrăm în continuare. Dreptul la ștergerea datelor nu este un drept absolut. Noi putem avea dreptul sau obligația să păstrăm informațiile, cum ar fi cazul în care trebuie să îndeplinim o obligație legală sau avem un alt temei legal de a le păstra.
- 5. Dreptul la restricționarea Prelucrării.** În anumite situații aveți dreptul să “blocați” sau să opriți utilizarea în continuare a datelor dumneavoastră. Când prelucrarea este restricționată, putem să stocăm în continuare informațiile dumneavoastră, dar nu le mai folosim. Menținem liste cu persoanele care au solicitat blocarea utilizării în continuare a datelor lor personale, pentru a ne asigura că restricția este respectată în viitor.
- 6. Dreptul la portabilitatea datelor.**
- 7. Dreptul la opoziție.** Aveți dreptul să vă opuneți anumitor tipuri de prelucrare, inclusiv Prelucrării în scop de marketing direct (pe care o facem doar cu acordul dumneavoastră).
- 8. Drepturi privind deciziile bazate exclusiv pe prelucrarea automată și crearea de profiluri.** Cu ajutorul tehnologiei profilul dumneavoastră este încadrat într-un segment de clienți. Scopul este acela de a vă putea face recomandări cu privire la noi produse și servicii de interes pentru dumneavoastră și de a vă putea trimite comunicări de marketing personalizate.

Cum vă contactăm?

Vă putem contacta prin unul sau mai multe dintre următoarele mijloace de comunicare: prin apel telefonic, pe cale poștală, prin poștă electronică (e-mail), prin mesaj telefonic (SMS), prin mesagerie electronică sau prin alte metode de comunicare electronică.

Înregistrăm apeluri telefonice și alte metode de comunicare electronică pentru a monitoriza serviciile prestate de noi și pentru scopuri de audit. Păstrăm în siguranță înregistrările apelurilor telefonice și a celorlalte comunicații electronice, în concordanță cu termenele de păstrare prevăzute în politicile noastre de păstrare a documentelor și cu legislația aplicabilă. Accesul la aceste înregistrări este restricționat doar pentru acele persoane care trebuie să le acceseze pentru îndeplinirea scopurilor menționate în [Politica de prelucrare a datelor personale](#).

Ce informații deținem despre dumneavoastră?

Categoriile de date pe care le putem deține pot include: numele și prenumele, inclusiv pseudonimul; detaliile de contact, inclusiv adresa de e-mail și numărul de telefon; numărul poliței de asigurare și a certificatului de asigurare; datele financiare, inclusiv contul bancar și împrumuturile luate de dumneavoastră de la instituțiile financiare, în cazul asigurărilor asociate creditelor; codul numeric personal, detaliile actului de identitate; vârsta, locul și data nașterii; sexul; starea civilă, cetățenia, naționalitatea, ocupația, meseria, hobby-urile, activitățile recreative sau sporturile practice; detaliile privind rezidența fiscală, inclusiv numerele de identificare fiscală; informații privind săvârșirea unor infracțiuni; gradul de rudenie; **categoriile speciale de date** (pentru mai multe detalii consultați secțiunea cu același nume din [Politica de prelucrare a datelor personale pe care o regăsiți accesând <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datelor/>](#)).

Cum aflăm datele dumneavoastră personale?

Datele personale pe care le avem ne sunt comunicate de dumneavoastră la primul contact pe care îl aveți cu noi direct sau prin intermediul băncii, și pe perioada în care sunteți clientul nostru. Ne furnizați datele dumneavoastră în diverse ocazii și prin diferite mijloace cum ar fi telefon, e-mail, poștă, SMS.

Adițional, putem afla datele dumneavoastră menționate în secțiunea [Ce informații deținem despre dumneavoastră?](#) de la: angajatorul dumneavoastră, în cazul în care oferim acestuia un produs de asigurare de grup pentru angajați; **parteneri marketing direct** care ne transmit datele în scop de marketing direct, în cazul în care dumneavoastră v-ați dat acordul explicit pentru acest scop; bănci/ instituții financiare nebankare și **brokeri de asigurare** care distribuie produsele și serviciile noastre de asigurare; rudele dumneavoastră, atunci când acestea solicită o asigurare care oferă acoperire și pentru dumneavoastră.

Este posibil să fie nevoie să verificăm din alte surse dacă datele dumneavoastră personale sunt corecte sau complete, cum ar fi de la: angajatorul dumneavoastră sau organizația/ asociația din care faceți parte, medici și furnizori de servicii medicale, alte societăți de asigurări, instituții financiare bancare și nebankare. Unele din aceste surse ne pot furniza **categoriile speciale de date** despre dumneavoastră.

Cum utilizăm categoriile speciale de date?

Putem primi sau colecta **categoriile speciale de date** despre dumneavoastră, cum ar fi **datele privind sănătatea**.

Prelucrăm datele privind sănătatea în temeiul dispozițiilor legale exprese, în scopul evaluării riscului asigurat, al emiterii și administrării contractului de asigurare și al instrumentării dosarelor de despăgubire. În cazurile în care trebuie să avem consimțământul dumneavoastră pentru prelucrarea unor **categoriile speciale de date**, o să vi-l solicităm la momentul corespunzător. Aveți dreptul să vă retrageți consimțământul în orice moment. Retragerea consimțământului nu afectează legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia.

De ce avem nevoie de datele dumneavoastră personale?

Utilizăm datele dumneavoastră personale pentru:

- încheierea contractului de asigurare și pentru activități legate de administrarea acestuia, inclusiv verificarea plății primelor de asigurare, cererilor de despăgubire, de reînnoire a asigurării, de repunere în vigoare;
- verificarea identității dumneavoastră și pentru a ne conforma cu obligațiile legale;
- furnizarea informațiilor, produselor și serviciilor pe care intenționați să le achiziționați;
- administrarea relației contractuale și comunicarea cu dumneavoastră pe toată perioada contractuală;
- verificarea solicitărilor pe care ni le transmiteți;
- analiza nevoilor dumneavoastră financiare;
- analizarea, evaluarea și îmbunătățirea serviciilor pe care le oferim clienților;
- soluționarea petițiilor și reclamațiilor;
- furnizarea probelor necesare în orice eventuală dispută sau litigiu dintre noi și dumneavoastră;
- a vă transmite informații de marketing, în cazul în care v-ați dat consimțământul de a primi informații despre produsele și serviciile Metropolitan Life (vă rugăm să consultați și secțiunea Marketing Direct);
- a vă notifica despre orice modificări ale produselor sau serviciilor de asigurare pe care le oferim;
- monitorizarea calității produselor și serviciilor noastre;
- agregarea lor în mod anonim cu alte date pentru scopuri analitice și de raportare;
- îndeplinirea obligațiilor legale de raportare;
- combinarea cu date personale primite din alte surse pentru îndeplinirea scopurilor menționate mai sus.

De asemenea, folosim tehnologia pentru a lua decizii în mod automat sau pentru a avea mai multe informații despre profilul dumneavoastră. (Consultați secțiunea [Procesul decizional individual automatizat și crearea de profiluri](#) din Politica de prelucrare a datelor personale pe care o regăsiți accesând <https://www.metropolitanlife.ro/prelucrarea-datorilor/>).

Temeiul legal pentru prelucrarea de către noi a datelor personale, care nu sunt o categorie specială de date

Temeiul legal pentru prelucrarea de către Metropolitan Life a datelor personale, care nu sunt [categorii speciale de date](#), depinde de motivul pentru care prelucram informațiile dumneavoastră.

În cazul în care doriți să încheiați sau ați semnat deja un contract cu noi pentru furnizarea unor produse și servicii de asigurare, vă vom prelucra datele personale în scopul încheierii și executării contractului de asigurare.

De asemenea, este posibil să procesăm datele dumneavoastră personale pentru a ne conforma obligațiilor legale pe care le avem, inclusiv în ceea ce privește efectuarea de activități de prevenire și combatere a spălării banilor și a finanțării actelor de terorism, verificarea în listele de sancțiuni internaționale, soluționarea reclamațiilor și petițiilor, a investigațiilor unei autorități publice sau a litigiilor, precum și în ceea ce privește raportarea informațiilor fiscale în baza Acordului multilateral din data 29 octombrie 2014 și a Acordului FATCA.

De asemenea, avem un interes legitim să prelucram datele dumneavoastră personale:

- pentru analiza cererilor de despăgubire, inclusiv pentru a ne ajuta să stabilim tarifele produselor noastre;
- în scopul încheierii și administrării contractului dumneavoastră de asigurare și a soluționării cererilor de despăgubire formulate în baza acestuia, scop care poate include un schimb de date cu alte companii din cadrul grupului MetLife inc., intermediari în asigurări și alte persoane (vedeți și secțiunea [Cum dezvoltăm datele dumneavoastră personale?](#));
- în scopul comunicării cu dumneavoastră;
- pentru analize de marketing, pentru optimizarea campaniilor de marketing, dar numai într-o formă anonimă, care ne permite să dezvoltăm și să facem mai relevantă comunicarea produselor și serviciilor noastre;
- pentru gestionarea continuă a relației noastre cu dumneavoastră și menținerea contactului cu dumneavoastră (de exemplu, furnizarea de informații anuale cu privire la contractul de asigurare);
- pentru realizarea obiectivelor noastre de afaceri, care pot include planurile de continuitate a activității și de recuperare în caz de dezastru, păstrarea/ stocarea documentelor, continuitatea serviciilor IT (de exemplu, realizarea copiilor de siguranță și asistență prin centre de asistență), în scopul de a asigura calitatea produselor și serviciilor de asigurare pe care vi le oferim;
- în cazul unor tranzacții corporative (vedeți și secțiunea [Cum tratăm datele personale în cazul unei vânzări a afacerii?](#));

- pentru analize de portofoliu și studii de experiență, dar numai
- într-o formă anonimă, care ne permite să îmbunătățim produsele și serviciile de asigurare pe care le oferim clienților.

În cazul în care ne-ați dat permisiunea, vom folosi date personale relevante pentru a vă furniza informații despre oferte speciale, produse și servicii care ar putea fi de interes pentru dumneavoastră. Vă vom solicita întotdeauna consimțământul pentru a vă procesa datele personale în toate cazurile în care suntem legal obligați să facem acest lucru.

Cum dezvoltăm datele dumneavoastră personale?

Putem folosi și dezvoltăm datele dumneavoastră personale către alte companii din grupul MetLife inc.

Este posibil să dezvoltăm datele dumneavoastră personale terțe părți care ne ajută să vă oferim produsele și serviciile noastre de asigurare:

brokerilor de asigurări, care negociază în numele dumneavoastră încheierea asigurărilor cu noi; băncilor și instituțiilor financiare nebancare, care distribuie produsele și serviciile noastre de asigurare; medicilor și instituțiilor medicale, care vă prestează servicii medicale în baza asigurării.

Atunci când dezvoltăm datele dumneavoastră personale către terțe părți care prestează servicii pentru noi, le solicităm să ia măsurile adecvate pentru a vă proteja datele personale și să utilizeze datele personale numai în scopul prestării serviciilor respective.

Alte motive pentru care dezvoltăm ceea ce știm despre dumneavoastră, pot include:

- punerea în aplicare a contractului de asigurare încheiat cu dumneavoastră;
- protejarea drepturilor, a proprietății sau siguranței Metropolitan Life, a clienților noștri sau a altor persoane;
- punerea în aplicare a oricărei solicitări sau dispoziții primite de la un organ judiciar, o autoritate publică sau de reglementare ori acționarea conform cerințelor legii.

Unde transferăm datele dumneavoastră personale?

Este posibil să transferăm datele dumneavoastră personale în alte țări. Țările din Spațiul Economic European sunt considerate a oferi același nivel de protecție a datelor cu caracter personal ca cel oferit în România. În cazul în care transferăm sau dezvoltăm date personale către persoane sau companii din afara Spațiului Economic European, ne vom asigura că noi și acele persoane sau companii cărora le transferăm datele convenim să le protejăm împotriva utilizării necorespunzătoare sau divulgării, în conformitate cu legislația privind protecția datelor personale, prin [clauze contractuale standard](#) sau alte mecanisme adecvate. Companiile din afara Spațiului Economic European cărora este posibil să le transmitem datele dumneavoastră personale includ companiile din grupul MetLife inc., furnizorii de servicii IT și alți furnizori.

Cât timp vom păstra datele dumneavoastră personale?

În mod obișnuit, trebuie să vă păstrăm informațiile pe întreaga durată a relației noastre cu dumneavoastră și după încetarea relației noastre, pe durata termenelor prevăzute în legislația privind combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism și a legislației privind arhivarea, calculate de la data încetării relației noastre sau de la data plății de către Metropolitan Life a despăgubirilor, indemnizațiilor, sumelor asigurate sau a oricăror drepturi solicitate de dumneavoastră, în baza contractului de asigurare.

Distrugem în condiții de siguranță și de securitate datele pe care nu mai trebuie să le păstrăm, în conformitate cu termenele stabilite în politicile noastre.

- Asigurarea Optimism -

Ghid pentru despăgubire

Alături de tine în situațiile în care ai nevoie

Acordarea indemnizației de asigurare:

Așa cum ți-am promis, suntem alături de tine în situațiile în care tu sau familia ta aveți nevoie de un sprijin financiar. Prin intermediul acestui ghid îți oferim informații despre cum poți folosi asigurarea și despre cum poți solicita indemnizația de asigurare

Cum soliciți o indemnizație de asigurare în doar 3 pași?

Pasul 1:

Înainte de a solicita o indemnizație de asigurare, te rugăm să te asiguri că:

- evenimentul asigurat este acoperit de asigurare;
- ești cu plățile primelor de asigurare la zi și contractul de asigurare este în vigoare la data evenimentului asigurat.
- asigurarea acoperă riscul evenimentului asigurat. Situațiile în care asigurarea nu poate fi folosită și pentru care Asigurătorul nu plătește indemnizația de asigurare, sunt detaliate în capitolul excluderi în Termenii și Condițiile contractului de asigurare.

Pasul 2:

Completează solicitarea de despăgubire și anexează documentele necesare (menționate mai jos).

- Cel mai simplu e online, utilizând aplicația **e-Claims**, disponibilă pe www.metropolitanlife.ro, secțiunea Despăgubiri.
- Poți completa un formular în scris (Cerere de despăgubire) și îl poți trimite prin e-mail, însoțit de documentele necesare


Formularul este disponibil pe website-ul nostru www.metropolitanlife.ro, secțiunea “Despăgubiri”, rubrica „Asigurare încheiată telefonic”.

Pasul 3:

Trimite solicitarea de despăgubire prin:

- **aplicația online e-Claims**, dacă ai ales această metodă pentru completarea solicitării sau
- **prin e-mail** la despagubiri@metropolitanlife.ro sau **adresa poștală**: Europe House, B-dul Lascăr Catargiu, nr. 47 - 53, et.4, cod 010665, sector 1, București, România, dacă ai optat pentru completarea Cererii de despăgubire în scris.

Ne poți trimite aceste documente prin modalitățile de contact menționate la Pasul 3, însă vrem să știi că cea mai simplă și rapidă metodă este aplicația online e-Claims disponibilă pe <https://despagubiri.metropolitanlife.ro/>.

 Pentru informații suplimentare, îți stăm la dispoziție la numărul de telefon: (+4) 021 208 4100 (L-V, 9:00 – 18:00).

Important!

Copiezi documentele medicale simplu, scanându-le cu telefonul. Să ai grijă ca originalele să fie parafate și semnate de medicul curant și să includă antetul instituției medicale emitente. Documentele medicale nu trebuie să conțină ștersături, tăieturi, iar orice modificare adusă pe document trebuie să fie semnată și parafată de către medic.

Ce documente sunt necesare?

Pentru orice solicitare de plată a Indemnizației de Asigurare vor fi transmise următoarele documente:

- a. cererea de despăgubire în formatul cerut de Societatea de Asigurări, completată personal de Persoana Asigurată/Beneficiar, formular disponibil online prin aplicația eClaims disponibilă pe <https://despagubiri.metropolitanlife.ro/> sau pe www.metropolitanlife.ro;
- b. raportul medicului specialist (oncolog, hematolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care stabilește diagnosticul sau copia biletului/biletelor de externare;
- c. examenul histopatologic și testele imunohistochimice care confirmă diagnosticul și oferă informații despre stadializarea afecțiunii;
- d. copia fișei medicale din evidența medicului de familie care confirmă istoricul medical al Asiguratului;
- e. alte documente medicale cu privire la istoricul medical al afecțiunii care face obiectul despăgubirii, data apariției primelor simptome și data diagnosticării acesteia;
- f. copia actului de identitate a persoanei asigurate;
- g. copia extrasului de cont bancar curent în lei, al persoanei asigurate;
- h. alte documente relevante solicitate de Societatea de Asigurări.

În situația în care mai avem nevoie de alte informații pentru finalizarea evaluării evenimentului asigurat, vă pot fi solicitate documente suplimentare.

Cât durează soluționarea dosarului de despăgubire?

În general, în maximum 10 zile lucrătoare soluționăm solicitarea de despăgubiri și informăm persoana asigurată prin e-mail sau prin poștă.

Cum se efectuează plata?

Indemnizațiile de Asigurare se plătesc de către Societatea de Asigurări în contul Persoanei Asigurate.