

CONDIȚII PRIVIND ASIGURAREA SERVICIILOR MEDICALE DE TIP "SECOND MEDICAL OPINION"

1. DEFINIȚII

1.1 Asigurat: persoană fizică cu domiciliul sau reședința în România, titulară a interesului asigurabil, nominalizată în Poliță, a cărei stare de sănătate reprezintă obiectul asigurării și căreia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în contractul de asigurare. Atunci când Asiguratul este una și aceeași persoană cu Contractantul, acesta din urmă preia noțiunea de Asigurat. Pot fi cuprinse în asigurare persoane cu vârstă de la 0 ani la 85 ani (inclusiv), cu condiția ca în anul expirării asigurării vârsta Asiguratului să nu depășească 85 ani, care îndeplinesc condițiile de asigurare prevăzute de legea asigurărilor de sănătate 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

1.2 Asigurător: Societatea de Asigurare – Reasigurare CITY INSURANCE S.A., administrată în sistem dualist, cu sediul social în Str. Emanoil Porumbaru, nr. 93-95, parter, et. 1, 2, 4 și 5, sector 1, București, ROMÂNIA; Tel. 004- 021- 231.00.54./231.00.79/231.00.90 Fax:231.04.42; site: www.cityinsurance.ro; e-mail: office@cityinsurance.ro; Autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, RA-008/10.04.2003; CUI:10392742; Reg.Com.nr.J40/3150/1998; Capital social subscris și vărsat: 93.284.350 RON; Număr de înregistrare în registrul de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal: 4110; Cod LEI: 315700QDZXPVQVWE0S19, denumită în continuare Asigurător sau Societatea.

1.3 Beneficiar: persoana îndreptățită să primească despăgubirea / indemnizația în cazul producerii evenimentului asigurat (Asiguratul).

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

1.5 Boală cronică: Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând repetate îngrijiri medicale de specialitate (de exemplu: diabetul zaharat, hepatita cronică, pancreatita cronică, poliartrita reumatoidă, insuficiență cardiacă; enumerarea fiind exemplificativă, nu exhaustivă). În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punct de vedere al evoluției clinice.

1.6 Boală/afecțiune gravă: afecțiune severă sau stadiu evolutiv sever al unei alte afecțiuni care modifică parametrii vitali până la limite extreme, cu amenințare asupra vieții – orice tip de cancer.

1.7 Boală/Afecțiune (condiție) pre-existentă: orice proces patologic care afectează organismul, maladie, afecțiune care a debutat și/sau s-a instalat/manifestat anterior perioadei de valabilitate a Poliței.

1.8 Call – center (dispecerat): serviciu telefonic prin care pot fi solicitate informații cu privire la contractul de asigurare și serviciile medicale pentru care pot fi efectuate programări. Datele de identificare a call-center-ului sunt menționate în Polița de asigurare.

1.9 Cancer: reprezintă înmulțirea necontrolată a unor celule maligne care invadează, înlocuiesc și distrug țesutul normal. Termenul de "cancer" include și bolile maligne hematologice (leucemia, limfomul, boala Hodgkin etc.). Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapic și/sau polichimioterapic.

1.10 Cazul fortuit: este un eveniment care nu poate fi prevăzut și nici împiedicat de către cel care ar fi fost chemat să răspundă dacă evenimentul nu s-ar fi produs.

1.11 Cheltuieli medicale: costurile serviciilor de sănătate acordate Asiguratului și efectuate la recomandarea unui medic de specialitate în cazul riscurilor asigurate, dovedite pe baza documentelor originale emise pe numele Asiguratului.

1.12 Contractant: persoană fizică sau juridică, care încheie cu Societatea contractul de asigurare, obligându-se să plătească prima de asigurare și să respecte obligațiile care îi revin prin contract;

1.13 Contract de asigurare: Polița împreună cu prezentele condiții de asigurare, oferta de asigurare, formularul cu informații esențiale despre produs (PID), actele adiționale și orice alte anexe;

1.14 Consultație medicală: anamneza și examinarea Asiguratului, în vederea stabilirii diagnosticului și tratamentului;

1.15 Consultatie de tip "second medical opinion" (a doua opinie medicală): procesul de a solicita o evaluare de către un alt medic (din centre naționale/internaționale de excelență), pentru a confirma/infirma un diagnostic sau un plan de tratament recomandat inițial, sau pentru a oferi un diagnostic alternativ sau o abordare de tratament diferită;

1.16 Daună: prejudiciu material (contravaloarea serviciilor medicale accesate) suferit de Asigurat ca urmare a producerii evenimentului asigurat, precizat în și acoperit de asigurarea oferită de Poliță;

1.17 Despăgubire / Indemnizație cuvenită: suma datorată de Asigurător Asiguratului, ca urmare a producerii evenimentelor asigurate prin Poliță.

1.18 Diagnosticare: servicii medicale întreprinse de Furnizorul de Servicii Medicale utilizate în scopul examinării medicale a Asiguratului;

1.19 Eveniment asigurat: risc asigurat care s-a produs în perioada de asigurare (accesarea serviciilor medicale acoperite prin Poliță), cauzator de daune și în urma căruia se naște dreptul la despăgubire / indemnizație;

1.20 Forța majoră: situație invocată de una dintre părți, dovedită cu documente emise de către autoritățile publice competente, imprevizibilă la data încheierii Poliței, neașteptată, independentă de voința părților, care a împiedicat una din părți să își îndeplinească obligațiile contractuale, deși aceasta a depus toate eforturile necesare în vederea îndeplinirii obligațiilor respective;

1.21 Furnizor de servicii medicale: medic, personal medical și/sau instituție medicală care sunt autorizate și licențiate de autoritățile competente să presteze servicii medicale conform nivelului universal de cunoaștere medicală și care acționează în limitele autorizației primite;

1.22 Medic curant: medicul de familie sau medicul care are cea mai bună cunoștință despre starea de sănătate a Asiguratului, acea persoană, alta decât Asiguratul, autorizată să practice această profesie, conform Legii, care acționează în limitele specialității sale;

1.23 Franșiză: partea din daună, stabilită ca sumă fixă și/sau ca procent din limita de răspundere/sublimită sau ca număr de zile, care reprezintă răspunderea Asiguratului/Beneficiarului, după caz și care se scade din indemnizația datorată în urma producerii fiecărui eveniment asigurat;

1.24 Indemnizație: suma datorată de Asigurător Asiguratului/Beneficiarilor despăgubirii, după caz, în urma producerii/apariției evenimentului asigurat;

1.25 Perioada de asigurare: intervalul de timp pe parcursul căruia Societatea acoperă riscurile asigurate.

1.26 Perioada de așteptare: Intervalul de timp dintre data încheierii contractului de asigurare și data de la care Asigurătorul suportă riscul asigurat pentru serviciile medicale specificate în contractul de asigurare – 3 (trei) luni calendaristice de la data intrării în valabilitate a Poliței de asigurare. În cazul reînnoirilor, nu se aplică perioadă de așteptare.

- 1.27 Prima de asigurare:** suma datorată de către Asigurat/Contractant în schimbul preluării de către Asigurător a riscului de apariție a evenimentelor asigurate, așa cum sunt stabilite în Poliță;
- 1.28 Procedură de accesare a serviciilor medicale de către Asigurați:** procedură care detaliază obligațiile Asiguraților referitoare la accesarea serviciilor medicale, prevăzute în Poliță;
- 1.29 Poliță:** documentul emis de către Asigurător prin care se probează/certifică încheierea contractului de asigurare și care cuprinde date privind persoana asigurată, perioada de asigurare, teritoriul în care este valabilă asigurarea, riscuri, sume asigurate, precum și valoarea primei de asigurare;
- 1.30 Risc asigurat:** eveniment viitor, posibil dar incert, descris în contractul de asigurare care, dacă se produce, dă naștere obligației Asiguratorului de a plăti indemnizația, în baza condițiilor de asigurare;
- 1.31 Servicii medicale în regim ambulatoriu:** servicii medicale furnizate Asiguratului de furnizorii de servicii medicale, fără a necesita internarea acestuia;
- 1.32 Servicii medicale acoperite:** totalitatea serviciilor medicale la care Asiguratul este îndreptățit în virtutea contractului de asigurare;
- 1.33 Sumă asigurată:** valoarea menționată în Poliță pentru care s-a încheiat asigurarea; reprezintă suma maximă ce poate fi acordată ca și despăgubire de către Societate, în cazul producerii unuia sau mai multor evenimente asigurate;
- 1.34 Sublimita de răspundere:** suma stabilită în cadrul sumei asigurate/limitei de răspundere pentru anumite evenimente și/sau cheltuieli nominalizate în Poliță, care reprezintă maximumul răspunderii Asiguratorului în cazul producerii/apariției evenimentului asigurat. Sublimita nu operează în nici o situație în sensul majorării sumei asigurate/limitei de răspundere asumate de Asigurător.

2. OBIECTUL ASIGURĂRII; RISCURI ASIGURATE

- 2.1. Asigurătorul, în baza contractului de asigurare și în schimbul primei de asigurare plătită de către Asigurat/Contractant, se obligă ca, în cazul producerii riscurilor asigurate în perioada de asigurare și în limitele teritoriale menționate în Poliță de asigurare, să acopere costurile pentru serviciile medicale accesate de către Asigurat și care nu intră sub incidența excluderilor din prezentele condiții de asigurare.
- 2.2. În baza prezentelor condiții de asigurare, Asigurătorul oferă acoperire pentru:
- 2.2.1 costurile necesare acordării consultației medicale de tipul "Second Medical Opinion" (a doua opinie medicală) în rețeaua Partenerului agreat de servicii medicale. Consultația de tipul "Second Medical Opinion" se acordă după etapa primirii de către Asigurat a primului diagnostic (diagnostic inițial) și constă în confirmarea sau infirmarea diagnosticului inițial în legătură cu o boală/afecțiune gravă (orice tip de cancer) și a metodei de tratament medicamentos (chirurgical sau de altă natură).
- 2.2.2 costurile serviciilor medicale ambulatorii necesare din punct de vedere medical pentru stabilirea diagnosticului de "Second Medical Opinion" în situația în care investigațiile inițiale sunt realizate incoect sau sunt insuficiente (investigații, proceduri medicale, teste de laborator, examene de imagistică - în baza unei recomandări medicale de la medicul specialist din rețeaua Partenerului agreat care oferă serviciul "Second Medical Opinion").
- 2.3. Condiții de eligibilitate cumulative pentru acordarea consultației pentru "Second Medical Opinion":
- 2.3.1 existența unui diagnostic pentru orice tip de cancer, care nu intră sub incidența excluderilor din prezentele condiții de asigurare;
- 2.3.2 diagnosticul inițial trebuie stabilit pentru prima dată în timpul perioadei de asigurare, după încetarea perioadei de așteptare;
- 2.3.3 diagnosticul inițial trebuie să confirme prezența celulelor maligne, să fie susținut prin examen anatomopatologic și histopatologic și confirmat de către un medic specialist oncolog sau hematolog;
- 2.3.4 Asiguratul să prezinte partenerului agreat documentele cuprinzând diagnosticul și rezultatul analizelor, precum și toate investigațiile medicale efectuate pentru stabilirea diagnosticului inițial de cancer.
- 2.4. Prezenta asigurare reprezintă o asigurare voluntară de sănătate de tip suplimentar, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

3. SEVICII MEDICALE ACOPERITE; LIMITA/SUBLIMITA DE INDEMNIZAȚIE

- 3.1 Serviciile medicale acoperite, suma asigurată/limita de indemnizație, astfel:

SERVICII MEDICALE ACOPERITE	LIMITA/SUBLIMITA DE INDEMNIZAȚIE/ AN DE ASIGURARE / per ASIGURAT
AMBULATORIU*	
* Serviciile medicale ambulatorii se acordă în baza unei recomandări medicale de la medicul specialist implicat în serviciul "Second Medical Opinion" în cazul în care acestea se impun pentru stabilirea raportului medical de "Second Medical Opinion". Serviciile medicale în regim ambulatoriu pot fi efectuate oriunde pe teritoriul României, de către orice furnizor de servicii medicale autorizat conform legii.	
- Investigații, proceduri medicale și alte servicii medicale în ambulatoriu (outpatient)	2.000 RON cu o sublimita de 1.000 RON per tip de serviciu
- Teste de laborator	
- Examene de imagistică: Radiografie; CT; RMN; Medicină nucleară; Ecografie	
SERVICII MEDICALE "SECOND MEDICAL OPINION" **	
** în timpul perioadei de asigurare, pentru același diagnostic, Asiguratul poate beneficia doar de una dintre variante de asigurare: Tumor Board; Second Opinion Internațional sau în România, Second Opinion pe imagistică, Second Opinion anatomopatologie	
1. Raport medical "Second Medical Opinion" – variante de asigurare	
1.1. TUMOR BOARD (echipă multidisciplinară) - include:	
- Consultație inițială efectuată de managerul de caz	NELIMITAT pentru afecțiuni/diagnostice diferite sublimită per an - 1 pentru o afecțiune cu aceeași localizare
- Analiza documentelor puse la dispoziție de către Asigurat și completarea dosarului medical de către managerul de caz	
- Recomandări privind efectuarea unor investigații suplimentare	
- Evaluare clinică efectuată de către managerul de caz	

- Evaluare medicală stabilită de o echipă interdisciplinara de medici – o singură întâlnire per diagnostic	
- Soluții medicale de tratament sau chirurgicale	
1.2. Second Medical Opinion Internațional sau în România - include:	
- Consultație inițială efectuată de managerul de caz	
- Analiza documentelor puse la dispoziție de către Asigurat (inclusiv traducerea lor dacă este cazul)/completarea dosarului medical de către managerul de caz	
- Analiza dosarului medical de către medicul expert străin/român: <ul style="list-style-type: none"> • o vizită per diagnostic la un medic român, în România sau, • o vizită per diagnostic la un medic străin în România (Visiting professors) 	NELIMITAT pentru afecțiuni/diagnostice diferite sublimită per an - 1 pentru o afecțiune cu aceeași localizare
- Recomandări privind efectuarea unor investigații suplimentare	
- Soluții medicale de tratament sau chirurgicale	
1.3. Second Opinion pe imagistica - include raport medical întocmit strict pe partea de imagistică (imaginile RMN, CT) puse la dispoziție de Asigurat.	
1.4. Second Opinion pe anatomopatologie - include raport medical întocmit strict pe partea de anatomopatologie, pe baza probelor biologice (biopsii) puse la dispoziție de Asigurat.	NELIMITAT pentru afecțiuni/diagnostice diferite sublimită per an - 1 pentru o afecțiune cu aceeași localizare
2. Managerul de caz medical (Concierge Medicine): disponibil pentru Asigurat în procesul obținerii raportului de second opinion. Serviciul include și Follow-up medical constând în contactarea telefonică a Asiguratului și oferirea de asistență cu privire la eventualele probleme întâmpinate de acesta.	NELIMITAT pentru afecțiuni/diagnostice diferite
3. Call - Center medical: linie telefonică medicală dedicată asiguraților	NELIMITAT

4. CALL CENTER

4.1 Serviciul medical "Second Medical Opinion" este prestat de către furnizorul de servicii medicale agreat de către Asigurator, numai în baza unei programări prin intermediul Call Center-ului, serviciu destinat programării și informării cu privire la acordarea serviciilor acoperite prin prezentele condiții.

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

5. EXCLUDERI

5.1 Nu sunt cuprinse în asigurare și Asiguratorul nu își asumă răspunderea și nu plătește despăgubiri pentru evenimente cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de oricare din condițiile sau situațiile următoare:

- a) război (declarat sau nu), război civil, invazii, acțiuni ale unui inamic străin, ostilități (fie că este declarată sau nu stare de război), conflicte armate, lovitură de stat, dictatură militară, greve, revolte, tulburări civile, rebeliune, revoluții, conspirații, insurecții, răzvrățiri militare cu sau fără uzurparea puterii, răzcoale, legi marțiale, acte ale persoanelor răufăcătoare acționând în numele sau în legătură cu orice organizație politică, confiscarea, rechiziționarea, distrugerea sau avarierea proprietății ordonate de către guvernarea de drept sau de fapt sau din partea oricărei autorități publice, municipale sau locale, interdicții sau restricții oficiale, sabotaje sau acțiuni teroriste, terorism așa cum este definit în legea internă sau în tratatele/convențiile internaționale, catastrofe naturale; accidente nucleare, radiații ale substanțelor ce conțin izotopi radioactivi, explozie atomică, radiații sau infestări radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice sau a materialelor fisionabile/fusionabile, poluare și/sau contaminare de orice fel și din orice cauză;
 - b) consecințele acțiunilor intenționate (premeditate) ale persoanelor asigurate (tentative de sinucidere, automutilare, inclusiv urmările acestora, indiferent dacă persoana era sănătoasă mintal sau nu);
 - c) consecințe în legătură cu comiterea sau încercarea de a comite, cu intenție, de către Asigurat, a unor fapte penale;
 - d) condiții medicale pre-existente (cronice sau incurabile) despre a căror existență Asiguratul avea cunoștință în momentul încheierii Poliței de asigurare și/sau la momentul intrării în vigoare a asigurării;
 - e) obținerea prin mijloace frauduloase a plăților asigurării, respectiv inducerea în eroare intenționată a Asiguratorului;
 - f) servicii medicale efectuate Asiguratului de către soți, părinți sau copii;
 - g) în legătură cu servicii de "Second Medical Opinion" acordate pentru alte afecțiuni decât cancerul;
 - h) în legătură cu servicii de "Second Medical Opinion" acordate pentru:
 - (i) tumori sau afecțiuni de tip benign, premaligne, cu caracter incert (borderline), cu potențial invaziv redus sau non-invaziv
 - (ii) hiperkeratoze sau leziunile pre-maligne ale pielii;
 - (iii) orice formă de cancer în prezența oricărui Virus al imunodeficienței umane (HIV);
 - i) servicii medicale efectuate Asiguratului de către o persoană care nu este licențiată să practice medicina;
 - j) servicii medicale efectuate și recomandate de către un medic de medicina muncii;
 - k) diagnosticare inițială ca urmare a folosirii unei proceduri medicale cu caracter experimental ori nerecunoscute din punct de vedere medical.
- 5.2** Asiguratorul nu răspunde pentru:

- a) costuri în legătură cu transportul, cazarea și masa Asiguratului, în cazul în care pentru stabilirea raportului medical de "Second Medical Opinion" se impun costuri în legătură cu deplasarea Asiguratului
- b) evenimente produse în perioada de așteptare;
- c) evenimente produse în perioada de suspendare;

- d) evenimente produse în perioada de încetare a calității de Asigurat, în temeiul asigurărilor sociale de sănătate;
- e) serviciile de urgență medicală care, în conformitate cu legislația în vigoare, sunt în responsabilitatea exclusivă a serviciului public;
- f) prejudicii malpraxis - erori medicale sau neglijența personalului medical sau orice deficiențe în acordarea asistenței medicale.
- g) costurile de analize și investigații medicale efectuate de asigurat la solicitarea altor medici decât cei ce reprezintă partenerul agreat.

6. PERIOADA DE AȘTEPTARE

6.1 Perioada de așteptare este de 3 (trei) luni calendaristice și intră în vigoare în prima zi de la începutul asigurării și este aplicabilă fiecărui Asigurat.

6.2 În situația în care Asiguratul a beneficiat într-o perioadă de asigurare anterioară neîntreruptă de o Poliță de asigurare de sănătate încheiată cu Asigurătorul, nu se aplică perioada de așteptare.

7. PRIMA DE ASIGURARE

7.1 Plata primei de asigurare se poate efectua în lei, anticipat și integral.

7.2 Prima de asigurare este anuală și se calculează din momentul începutului asigurării. Aceasta trebuie plătită pentru întreaga perioadă de asigurare. În situația în care părți ale Poliței încetează pe parcursul derulării ei din orice motiv, prima de asigurare trebuie plătită până la sfârșitul părții respective.

7.3 Comisioanele/spezele bancare achitate în legătură cu plata primei de asigurare/cu ratele acesteia cad în sarcina Contractantului/Asiguratului.

7.4 În toate cazurile, dovada plății primelor de asigurare revine Asiguratului/ Contractantului, înscrisul constatator fiind chitanța, dispoziția de plată sau alt document probator al plății.

7.5 În cazul în care Asigurătorul a achitat orice servicii medicale pentru evenimente asigurate neacoperite, Asigurătorul are dreptul de a solicita Asiguratului returnarea contravalorii costurilor aferent serviciilor medicale achitate. Asiguratul trebuie să plătească suma datorată în termen de 14 zile de la data la care primește o notificare privind cuantumul acesteia.

8. PERIOADA DE ASIGURARE; RĂSPUNDERA ASIGURĂTORULUI; REÎNNOIEREA ASIGURĂRII

8.1 Perioada de asigurare este cea precizată în Poliță. Contractul de asigurare se încheie pentru o perioadă de 1 (un) an.

8.2 Răspunderea Asigurătorului începe la ora 0:00 a zilei de început a perioadei de asigurare, condiționat de plata primei de asigurare, emiterea Poliței și nu înainte de terminarea perioadei de așteptare. În cazul modificărilor intervenite pe durata derulării Poliței, acoperirea suplimentară se va aplica de la data modificărilor convenite.

8.3 Răspunderea Asigurătorului încetează la ora 24:00 a ultimei zile a perioadei de asigurare sau anterior acestei date conform altor situații prevăzute în Poliță.

8.4 Asigurătorul este obligat să pună la dispoziția Asiguratului/Contractantului informații corecte și complete cu privire la contractul de asigurare atât înaintea cât și după încheierea Poliței și să elibereze un duplicat al Poliței în cazul în care originalul a fost pierdut sau distrus.

8.5 Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația cu privire la evenimentele asigurate care au avut loc în perioada de valabilitate a Poliței. Pentru serviciile medicale efectuate înainte de începerea acoperirii prin asigurare sau pentru servicii medicale efectuate după sfârșitul acoperirii prin asigurare, Asigurătorul nu își asumă răspunderea cu privire la acoperirea acestora.

9. TERITORIALITATEA

9.1 Asigurarea de sănătate este valabilă pentru servicii medicale efectuate de furnizorii de servicii medicale pe teritoriul României, în cadrul rețelei agreate de furnizori de servicii medicale, conform prevederilor Poliței.

10. ÎNCHIEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

10.1 Contractul de asigurare se încheie în formă scrisă. El nu poate fi probat cu martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă. În cazurile de forță majoră, în care documentele de asigurare au dispărut și nu există posibilitatea obținerii unui duplicat, sunt admise orice dovezi legale care să confirme existența acestora. Încheierea contractului de asigurare se probează cu Polița semnată de Asigurător și dovada plății primei/ratelor de asigurare.

10.2 Contractul de asigurare se consideră încheiat în momentul în care sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

10.2.1 Polița a fost emisă și semnată de Asigurator;

10.2.2 prima de asigurare a acesteia a fost plătită de către Asigurat/ Contractant înainte de intrarea în vigoare a Poliței.

11. REÎNNOIEREA POLIȚEI DE ASIGURARE

11.1 Reînnoirea unei polițe se face numai cu acordul Asigurătorului. Perioada de asigurare trebuie să fie continuă, iar răspundere Asigurătorului începe la ora 0.00 a zilei de început a perioadei, dar nu mai devreme de ora 24.00 a zilei în care s-a plătit prima de asigurare și s-a încheiat Polița, anterior încetării asigurării în curs.

11.2 Existența unei Polițe anterioare nu impune nicio obligație Asigurătorului cu privire la condițiile în care se încheie Polița nouă.

12. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI/CONTRACTANTULUI

Asiguratul și/sau Contractantul au/are următoarele obligații:

12.1 Înaintea intrării în vigoare a asigurării și în timpul derulării acesteia:

a) să răspundă corect și complet la întrebările formulate de Asigurător privind evaluarea riscului/ emiterea Poliței, precum și să declare la data încheierii Poliței, orice informații sau împrejurări pe care le cunoaște și care, de asemenea, sunt esențiale pentru evaluarea riscului;

b) să comunice ulterior încheierii Poliței orice modificări intervenite în legătură cu acestea;

c) să plătească integral prima de asigurare;

d) Asiguratul trebuie să acționeze, după posibilități, pentru diminuarea prejudiciului și să se abțină de la săvârșirea oricăror acțiuni care sunt considerate un impediment în procesul de însănătoșire;

e) să aducă la cunoștința Asiguraților (în cazul asigurării de grup) acele prevederi ale Poliței care se referă la drepturile și obligațiile Asiguraților și să le obțină acordul cu privire la asigurarea de care beneficiază;

- f) să declare existența altor Polițe pentru aceleași riscuri la alte societăți de asigurare, atât la încheierea Poliței, cât și pe parcursul derulării acesteia.
- g) să depună documentele necesare instrumentării daunei într-un termen de maxim 90 zile de la data producerii evenimentului asigurat.
- 12.2** În cazul producerii sau apariției unui eveniment asigurat:
- a) să avizeze în scris, în termen de maxim **14 zile** de la data diagnosticării inițiale a afecțiunii de cancer;
- b) să prezinte clinicii medicale prestatoare a serviciului "Second Medical Opinion" documentele medicale inițiale care au stat la baza stabilirii diagnosticului;
- c) Asiguratul trebuie să prezinte furnizorului de servicii medicale înainte de efectuarea oricărui serviciu medical cardul de asigurare și actul său de identitate;
- d) să respecte recomandările/indicațiile managerului medical de caz (de exemplu: respectarea programatorului privind planificarea pentru consultație); în cazul în care Asiguratul nu poate respecta programarea pentru servicii medicale stabilită de către managerul medical de caz, aceasta trebuie anulată la Call Center cu cel puțin 24 de ore înainte de data programată. În caz contrar, Asiguratul va suporta eventualele cheltuieli survenite (răspunderea Asiguratorului pentru aceste cheltuieli nu va putea fi antrenată dacă Asiguratul nu onorează programarea din motive independente de voința sa);
- e) să furnizeze toate informațiile și probele documentare solicitate de Asigurator și să permită acestuia să facă investigații referitoare la caz;
- f) să sprijine Asiguratorul în acțiunea sa pe lângă autoritățile care au legătură cu riscurile asigurate, pentru finalizarea dosarului de daună;
- g) să permită Asiguratorului să facă investigații referitoare la circumstanțele producerii unui risc asigurat.
- 12.3** În cazul în care contractul de asigurare este semnat de un Contractant, acesta va trebui să respecte toate obligațiile care derivă din contractul de asigurare, în afara celor care prin natura lor nu pot fi respectate decât de către Asigurat. Asiguratului/Contractantului le sunt opozabile neîndeplinirea de către oricare dintre aceștia a obligațiilor asumate prin prezentul contract de asigurare. Respectarea riguroasă a obligațiilor prevăzute în contractul de asigurare și a recomandărilor Asiguratorului preced răspunderea acestuia în legătură cu contractul de asigurare, inclusiv cu plata despăgubirii. Orice declarații făcute de Contractant la încheierea Contractului de asigurare, pe parcursul valabilității acestuia sau în legătură cu acordarea de despăgubiri se consideră ca fiind declarații ale Asiguratului.
- 13. CONSTATAREA ȘI EVALUAREA DAUNELOR. STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR**
- 13.1** Constatarea daunelor se face de către Asigurator, direct sau prin intermediul prestatorului de servicii mandatat în acest sens, pe baza înscrisurilor oficiale, a datelor, analizelor și a altor documente furnizate de Asigurat, sau, în caz de divergență, de către un organism specializat, agreat de ambele părți.
- 13.2** Acoperirea prin asigurare pentru serviciul de "Second Medical Opinion" este valabilă numai dacă acesta este oferit de Furnizorul agreat de Asigurator. Responsabilitatea furnizorului de servicii medicale agreat de Asigurator se referă la interpretarea datelor și a investigațiilor prezentate de Asigurat, care au stat la baza diagnosticului inițial și implicit a raportului medical de "Second Medical Opinion".
- 13.3** Valoarea despăgubirilor plătite de Asigurator, reprezentând contravaloarea costurilor/cheltuielilor stabilită în baza documentelor justificative emise de furnizorii de servicii agreeți, din care se scade franșiza prevăzută contractual, dacă este cazul, nu poate depăși suma asigurată și sublimitele stabilite conform Poliței.
- 13.4** Decontarea serviciului de "Second Medical Opinion" se face direct între furnizorul de servicii medicale agreat și Asigurator. În baza Poliței, Asiguratul este de acord ca decontarea serviciilor acoperite prin Poliță să se facă direct între Asigurator și furnizorul agreat de Asigurator.
- 13.5** În cazul în care s-au efectuat servicii medicale ambulatorii necesare din punct de vedere medical pentru stabilirea diagnosticului de "Second Medical Opinion":
- 13.5.1 plata despăgubirii rezultată din actele/documentele justificative emise de furnizorii de servicii de efectuare a serviciului, se va face direct către Asigurat.
- 13.5.2 în acest caz, costurile serviciilor medicale acoperite prin Poliță sunt despăgubite de Asigurator, chiar dacă Asiguratul a decedat înainte de primirea diagnosticului în cadrul serviciului de "Second Medical Opinion".
- 13.6** În cazul în care s-au efectuat servicii medicale care nu sunt acoperite prin contractul de asigurare, furnizorul de servicii medicale va face decontarea acestora direct cu Asiguratul. În cazul în care Asiguratorul a achitat deja furnizorului de servicii agreat de acesta contravaloarea cheltuielilor neacoperite prin Poliță, Asiguratul este obligat să restituie Asiguratorului contravaloarea acestora în termen de 15 zile calendaristice de la data notificării. În cazul în care Asiguratul nu restituie suma datorată în termen de 14 zile calendaristice, Asiguratorul poate rezilia Polița, fără nicio formalitate prealabilă și fără intervenția instanțelor de judecată, Asiguratul fiind de drept în întârziere prin simpla neexecutare a obligației.
- 13.7** Prin simpla semnare a Poliței, Asiguratul este de acord ca, în cazul apariției unui eveniment asigurat, să permită medicului său de familie, precum și oricărui medic curant, să dezvăluie Asiguratorului orice informații medicale ce sunt necesare pentru soluționarea dosarului de daună. Informațiile obținute de Asigurator conform prezentului paragraf vor fi utilizate exclusiv în scopul soluționării dosarului de daună.
- 13.8** Asiguratorul poate refuza plata despăgubirii pentru serviciul de "Second Medical Opinion" dacă Asiguratul nu își îndeplinește obligațiile, sau dacă cererea de despăgubire este frauduloasă ori dacă nu s-au depus actele necesare pentru stabilirea împrejurărilor în care s-a produs evenimentul asigurat și a întinderii prejudiciului.
- 13.9** Societatea este îndreptățită să amâne plata despăgubirii dacă, în legătură cu evenimentul asigurat, a fost instituită împotriva Asiguratului/Contractantului o anchetă sau o procedură penală, până la finalizarea acesteia.
- 13.10** Asiguratorul este îndreptățit să solicite medicilor, personalului medical și/sau instituțiilor medicale documente medicale cu privire la starea de sănătate a Asiguratului și toate datele medicale referitoare la evenimentul asigurat în scopul evaluării obligației sale de plată. Pe parcursul analizei unei solicitări de la un Asigurat, în scopul stabilirii condițiilor acoperirii (investigarea existenței diagnosticului inițial pentru afecțiune de tip cancer), Asiguratorul are dreptul de a suspenda acoperirea prin asigurare pentru orice servicii medicale care au legătură cu respectiva solicitare.
- 13.11** Pretențiile cu privire la plățile serviciilor medicale nu pot fi cesionate sau gajate. Dacă legea nu prevede altfel, despăgubirea va fi plătită în termen de maxim 30 de zile de la data depunerii ultimului document necesar încheierii instrumentării dosarului de daună, document care trebuie depus nu mai târziu de împlinirea termenului maxim de completare a dosarului de daună de către Asigurat sau Beneficiar conform art. 12.1 lit.g).

14. ÎNCETARE; REZILIERE/DENUNȚARE. NOTIFICĂRI. COMUNICĂRI

- 14.1** Polița încetează la expirarea perioadei de asigurare sau, anterior acestei date, astfel:

- a) ca urmare a dispariției interesului asigurat, caz în care prima de asigurare aferentă contractului de asigurare este datorată de Asigurat/Contractant până la data intervenirii cauzei de încetare.
- b) prin acordul Asigurat/ Asigurător sau Contractant/ Asigurător; prin epuizarea sumei asigurate/limitei de indemnizație; prin reziliere; prin denunțare unilaterală; prin nulitatea contractului de asigurare.

14.2 Rezilierea contractului de asigurare

În cazul în care:

- a) înainte de a începe răspunderea Asigurătorului, evenimentul asigurat s-a produs și asigurarea a devenit fără obiect, precum și în cazul în care după începerea răspunderii Asigurătorului, producerea evenimentului asigurat a devenit imposibilă; în acest caz, contractul de asigurare se reziliază de plin drept iar prima de asigurare plătită pentru perioada ulterioară rezilierii se restituie Asiguratului, dacă nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.
- b) în cazul nerespectării de către părți a obligațiilor ce le revin prin contractul de asigurare:
 - b1) în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută din culpă de către Asigurat/Contractant**, cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe aceasta din urmă să nu încheie Polița ori să nu o încheie în condițiile respective. În funcție de momentul constatării culpei Asiguratului/Contractantului privind declarația inexactă sau reticență, Asigurătorul are dreptul:

(i) înainte de producerea evenimentului asigurat:

- de a menține în vigoare contractul de asigurare, cu modificarea termenilor și condițiilor Poliței (inclusiv majorarea corespunzătoare a primei de asigurare);
- de a rezilia contractul de asigurare, la împlinirea unui termen de 10 zile calendaristice calculate de la notificarea primită de Asigurat sau Contractant în acest sens, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele de asigurare plătite aferentă perioadei ulterioare rezilierii, exceptând situația în care s-au plătit deja despăgubiri sau sunt avizate daune în baza Poliței.

(ii) după producerea evenimentului asigurat:

- de a reduce despăgubirea cuvenită corespunzător raportului dintre prima stabilită și cea care ar fi trebuit plătită dacă Asigurătorul ar fi cunoscut exact împrejurările.

b2) în legătură cu alte situații decât cele cu privire la declarația inexactă sau de reticență făcută din culpă de către Asigurat/Contractant pentru care se aplica prevederile de la punctul b1), Asigurătorul are dreptul:

(i) să rezilieze Polița prin notificare scrisă transmisă Asiguratului sau Contractantului în acest sens, rezilierea devenind efectivă fără alte formalități sau intervenția instanțelor de judecată, Asiguratul/Contractantul fiind de drept în întârziere prin simpla neexecutare a obligației, începând cu ora 0.00 a zilei următoare datei primirii notificării de către Asigurat sau Contractant;

(ii) să propună modificarea Poliței, inclusiv cu ajustarea corespunzătoare a primei de asigurare; dacă Asiguratul sau Contractantul nu-și exprimă acordul în termen de 5 zile calendaristice de la data primirii solicitării de modificare, Polița se reziliază de drept de la data împlinirii termenului de 5 zile calendaristice, Asiguratul / Contractantul fiind de drept în întârziere prin simpla neexecutare a obligației, fără alte formalități sau intervenția instanțelor de judecată.

În situațiile de la art.14.2, lit. b2), pct.i) și pct. ii), Asiguratul sau Contractantul are dreptul la restituirea părții din primele de asigurare achitate aferente perioadei ulterioare rezilierii, exceptând situația în care s-au plătit deja despăgubiri sau sunt avizate daune în baza Poliței.

(iii) să refuze plata despăgubirii, integral sau parțial, corespunzător influenței obligațiilor neîndeplinite asupra producerii evenimentului asigurat, majorării daunei, stabilirii despăgubirii.

În cazul nerespectării de către Asigurat sau Contractant a obligației de comunicare a producerii evenimentului asigurat în termenul stabilit prin Poliță, Asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea daunei.

- c) Asiguratul este de rea-credință dovedită sau evidentă (excepție în situația în care Polița este lovită de nulitate), sau în cazul în care se constată intenția sau fapta cu consecințe grave sau deosebit de grave conform legislației penale, Asigurătorul are dreptul să rezilieze Polița, fără niciun demers prealabil, partea fiind de drept în întârziere, fără restituirea primei de asigurare, rezilierea devenind efectivă de la data primirii notificării de către Asigurat sau Contractant în acest sens.

14.3 Denunțare unilaterală

Denunțarea contractului de asigurare se poate efectua de către oricare dintre părți numai cu notificarea prealabilă a celeilalte părți, care trebuie transmisă cu cel puțin 20 de zile calendaristice înainte ca denunțarea să-și producă efectele Polița urmând să-și înceteze efectele în 20 zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de către cealaltă parte. În această situație, prima de asigurare datorată este cea aferentă perioadei anterioare denunțării, excepție fiind situația în care s-au plătit deja despăgubiri sau sunt avizate daune în baza Poliței încetate denunțate de către Asigurat pentru care se aplică prevederile art. 14.5.

14.4 Nulitatea Contractului de asigurare. În afară de cauzele generale de nulitate, contractul de asigurare este nul:

- a) în cazul în care la data încheierii contractului de asigurare interesul asigurat nu există, așa cum este definit conform prezentelor condiții de asigurare, contractul de asigurare încheiat este nul de drept, Asigurătorul având dreptul de a reține primele de asigurare deja achitate în cazul în care Contractantul sau Asiguratul sunt de rea-credință.
- b) în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Asigurat ori Contractantul asigurării cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii riscului asigurat. În acest caz, primele plătite rămân dobândite Asigurătorului, care, de asemenea, poate cere și plata primelor cuvenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

14.5 Încetarea Contractului de asigurare din orice motiv:

- a) în situația în care s-au plătit despăgubiri sau sunt avizate daune în baza contractului de asigurare încetat, prevederile acestuia se aplică pentru toate evenimentele asigurate survenite înainte de data încetării, până la lichidarea definitivă a acestora și Asigurătorul nu restituie prime de asigurare. Asiguratul/ Contractantul datorează plata primei de asigurare pentru întreaga perioadă pentru care s-a încheiat Polița.
- b) în situația în care nu s-au plătit despăgubiri sau nu sunt avizate daune în baza contractului de asigurare încetat, Asigurătorul va restitui Asiguratului diferența dintre prima plătită de acesta și prima datorată pentru perioada anterioară încetării, dacă nu se prevede altfel, în mod expres, în contractul de asigurare. Prima de asigurare datorată se calculează "pro-rata temporis", în funcție de numărul de zile cuprinse în asigurare.

14.6 Notificări/ Comunicări

- a) Orice notificare, comunicare în legătură cu prezentul contract de asigurare adresată de una dintre părți celeilalte este valabilă îndeplinită dacă va fi comunicată în scris, prin unul din următoarele mijloace de comunicare:
- (i) pe cale poștală: scrisoare recomandată cu confirmare de primire la adresa unității Asigurătorului cu care Asiguratul/ Contractantul a încheiat contractul de asigurare, respectiv, după caz, la adresa Sucursalei/ Agenției sau Centralei Asigurătorului, iar în cazul Asiguratului la adresa prevăzută în contractul de asigurare, sau, la ultima adresă comunicată de Asigurat/Contractant și se consideră primită de destinatar la data menționată pe confirmare de oficiu poștal primitor. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că Partea destinatară și-a schimbat adresa fără să comunice acest lucru celeilalte Părți, sau în cazul respingerii sau refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la domiciliu/ reședință/ sediu și/sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau, după caz, respingerea sau refuzul de a primi notificarea.
 - (ii) prin fax, astfel: Asiguratul/ Contractantul va transmite notificările la numărul de fax al unității Asigurătorului cu care Asiguratul/ Contractantul a încheiat contractul de asigurare, respectiv, după caz, Sucursala/ Agenția sau Centrala, iar Asigurătorul va transmite notificarea la numărul de fax al Asiguratului/ Contractantului comunicat la momentul încheierii contractului de asigurare; notificarea se consideră primită în prima zi lucrătoare ulterioară celei în care a fost expediată.
 - (iii) prin înmănare directă: notificările sunt valabile dacă au fost depuse la registratura unității Asigurătorului cu care Asiguratul/Contractantul a încheiat contractul de asigurare, respectiv, după caz, Sucursala/Agenția sau Centrala Asigurătorului, iar în cazul Asiguratului, la registratura acestuia, în cazul persoanelor juridice, sau prin semnătură de primire, în cazul persoanelor fizice.
 - (iv) prin mijloace electronice (e-mail) la adresa comunicată de părți la momentul încheierii contractului de asigurare.
- b) Notificările/ comunicările verbale nu se iau în considerare de către niciuna dintre părți dacă nu sunt confirmate prin intermediul uneia dintre modalitățile prevăzute mai sus.

15. MODIFICARE CONTRACT DE ASIGURARE

15.1 Prin acordul scris al Asiguratului/Contractantului și Asigurătorului, contractul de asigurare poate fi completat și/sau modificat prin act adițional în formă scrisă, agreată și semnată de părți, oricând în timpul perioadei de asigurare, modificările respective intrând în vigoare de la data convenită de părți.

15.2 Polița poate fi modificată de către Asigurător în următoarele situații:

- a) în cazul unei modificări de durată a situației din cadrul sistemului de sănătate românesc;
- b) în cazul adoptării / modificării unor legi care impun modificări ale Poliței;

Noile prevederi ale Poliței vor corespunde, în termeni economici și legali, celor înlocuite și nu vor dezavantaja Contractantul și Asigurații mai mult decât se impune.

16. LEGISLAȚIE

16.1 Asigurarea încheiată potrivit prevederilor contractului de asigurare este supusă legilor din România, acestea completându-se cu prevederile legale în vigoare de drept comun, precum și cele specifice asigurărilor.

16.2 Asiguratul declară că cele prevăzute în contractul de asigurare au fost negociate cu Asigurătorul, conform prevederilor Legii nr. 193/2000 privind clauzele abuzive din contractele încheiate între comercianți și consumatori, cu modificările și completările ulterioare.

16.3 Deducerile prevăzute de legislația fiscală aplicabilă contractelor de asigurare se supun Codului Fiscal în vigoare, cu modificările și completările ulterioare.

16.4 Documentele care atestă încheierea unei asigurări pot fi semnate și certificate prin mijloace electronice, în condițiile prevăzute de Legea nr. 455/2001 privind semnătura electronică.

16.5 În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, Societatea contribuie la Fondul de garantare administrat de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate în condițiile legii, în cazul constatării falimentului Asigurătorului.

16.6 Societatea, în cadrul relației contractuale și în conformitate cu prevederile legale în vigoare (Regulamentul General privind Protecția Datelor nr. 679/2016 "GDPR") colectează și prelucrează date cu caracter personal ale asiguraților/ contractanților sau beneficiarilor contractelor de asigurare, înscrise în acestea, în scopul prestării serviciilor de asigurare (ofertare și emitere contracte de asigurare, gestionare contracte de asigurare, alte scopuri strategice și operaționale, cum ar fi: achiziționarea de reasigurări și gestionarea afacerii noastre, solutionarea daunelor, recuperarea creanțelor) și al respectării obligațiilor legale (în scopul detectării și prevenirii potențialelor fraude și al combaterii spălării banilor sau finanțării terorismului; în scopul aplicării sancțiunilor internaționale etc.). Colectarea și procesarea datelor cu caracter personal este legală și vă informăm că doar persoanele abilitate din cadrul sau contractate de Asigurător vor avea acces la datele cu caracter personal, în scopul atingerii acestor scopuri. Datele vor fi tratate într-o manieră confidențială, însă este posibil ca Asigurătorul să primească cereri de acces la date de la autoritățile competente, caz în care vom da curs acestora, strict conform legii. Datele personale pot fi transmise către colaboratori/ parteneri/ reasigurători ai Asigurătorului în vederea desfășurării activității de asigurare-reasigurare (furnizorii implicați în mod direct/ indirect în procesul de asigurare: reasigurători, dezvoltatori de servicii IT, prestatori de servicii de instrumentare, administrare a daunelor; furnizori de servicii externalizate prestate în beneficiul Asigurătorului, call center; auditorilor externi; precum și de către intermediarii în asigurări implicați în administrarea contractului de asigurare). În scopurile enunțate mai sus, Asigurătorul poate avea un temei legal de a transmite date cu caracter personal către alte companii aflate în afara Spațiului Economic European. În aceste cazuri, dacă partenerii sau reasigurătorii sau alți destinatari ai datelor sunt în afara Spațiului Economic European, vom lua toate măsurile pentru asigurarea respectării stricte a art.45 alin.1, art.46 alin.1 și 2 sau, după caz, a art.49 alin.1 din Regulamentul UE 679/2016.

Datele cu caracter personal vor fi păstrate pentru o perioadă de maxim 1 an, în cazul în care nu se încheie contract de asigurare, respectiv, pe o perioadă de 10 ani după încetarea relației de asigurare. Perioada păstrării este în relație directă cu îndeplinirea scopurilor menționate mai sus sau pentru îndeplinirea unor obligații legale din domeniul asigurărilor sau a oricaror alte obligații legale (arhivare etc.). În cazul unor litigii, datele vor fi păstrate pentru perioada necesară finalizării litigiului.

Aveți următoarele drepturi cu privire la datele dvs. cu caracter personal: dreptul de acces, de rectificare, de ștergere, de a solicita restricționarea prelucrării, de a obiecta la prelucrare, de a nu fi supus unei decizii automate, dreptul la portabilitate (daca este posibil), pe care le puteți exercita adresându-vă societății noastre:

- prin e-mail: office@cityinsurance.ro; Ofițerul DPO poate fi contactat la adresa de email: dpo@cityinsurance.ro;
- prin poștă: Sediul central: București, str. Emanoil Porumbaru, nr.93-95, sector 1, CP 011424
- depunere personală: oricare din sediile Asigurătorului din București sau din țară.

Aveți de asemenea dreptul de a formula plângere adresată Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Date (sediu: București, Bdul Gen. Gheorghe Magheru nr. 28-30, sector 1, CP 010336; Telefon: +40.318.05.92.11, Fax: +40.318.05.96.02 email: anspdcp@dataprotection.ro). Pentru mai multe informații, puteți accesa Politica de confidențialitate și de prelucrare a datelor cu caracter personal publicată pe website-ul www.cityinsurance.ro

17. LITIGII

17.1 Orice eventual litigiu în legătură cu aplicarea Poliței se rezolvă pe cale amiabilă între Părți sau, în cazul în care acest lucru nu este posibil, de către instanțele judecătorești competente din România. Societatea este îndreptățită să inițieze, după plata despăgubirii și în limita acesteia, acțiune de regres împotriva persoanelor vinovate de producerea sau mărirea pagubei.

18. FORȚA MAJORĂ ȘI CAZUL FORTUIT

18.1 Dacă legea nu prevede altfel sau părțile nu convin contrariul, răspunderea este înlăturată atunci când prejudiciul este cauzat de forță majoră sau de caz fortuit.

18.2 Asigurătorul, Asiguratul și Contractantul nu răspund de neexecutarea la termen sau de executarea în mod necorespunzător a oricărei obligații ce le revine dacă neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a obligației respective a fost cauzată de forță majoră sau caz fortuit.

18.3 Partea care invocă forța majoră sau cazul fortuit este obligată să notifice cealaltă parte în termen de 5 (cinci) zile calendaristice de la producerea evenimentului care a generat forța majoră și să ia toate măsurile necesare în vederea limitării consecințelor. În următoarele 15 (cincisprezece) zile calendaristice trebuie transmise către cealaltă parte documentele eliberate de organele competente care să ateste evenimentele care au determinat forța majoră sau caz fortuit. Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, Părțile au dreptul să notifice încetarea deplin drept a Poliței fără ca vreuna dintre ele să pretindă daune-interese, însă au obligația de a-și onora toate obligațiile scadente până la data producerii evenimentului.

19. DISPOZIȚII FINALE

19.1 Dreptul la acțiune privind solicitarea de despăgubiri în baza contractului de asigurare se stinge în termen de 2 ani de la data expirării termenului stabilit pentru plata despăgubirilor. După trecerea acestui interval de timp, Asigurătorul este eliberat de obligația plății despăgubirilor.

19.2 Dacă o clauză a acestui contract de asigurare este declarată nulă, celelalte dispoziții ale contractului de asigurare nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză valabilă care să corespundă cât mai bine spiritului contractului de asigurare. Lipsa invocării unui drept sau beneficiu, recunoscut uneia dintre părți prin prezentul contract de asigurare, nu reprezintă o renunțare la dreptul sau beneficiul respectiv.

19.3 Prin semnarea Poliței părțile declară expres că au analizat și cunosc limitările în timp și de conținut inserate în prezentele condiții de asigurare și le consideră rezonabile, utile și necesare pentru buna desfășurare a raportului juridic dintre ele.

ASIGURAT/CONTRACTANT,

(nume, prenume/denumire, semnătură)

ASIGURĂTOR,

**Societatea de Asigurare-Reasigurare
City Insurance S.A.**

(nume, prenume, semnătură, ștampilă)

PROCEDURA DE ACCESARE A SERVICIILOR MEDICALE DE TIP "SECOND MEDICAL OPINION"

Derularea procedurii de accesare a serviciilor medicale se realizează de către ASIGURĂTOR prin intermediul S.C. INTERMEDICAS WORLDWIDE S.R.L., denumit în continuare Intermedicas, având următoarele coordonate:

Adresa: Bulevardul Maresal Averescu nr. 15B-15C, et. 5, sector 1, Bucuresti
Telefon: +40 21 222 13 70
Fax: +40 21 222 13 68
E-mail: office@intermedicas.com

PROGRAMAREA ȘI ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE PRIVIND OBTINEREA RAPORTULUI "SECOND MEDICAL OPINION"

Eligibilitate:

În baza prezentei polițe, serviciile medicale se acordă numai în cazurile în care, în timpul perioadei de asigurare și după expirarea perioadei de așteptare, Asiguratul a fost diagnosticat cu orice formă de boală malignă.

Accesarea acoperirii:

Pentru a beneficia de programare, Asiguratul va apela serviciul Call - Center la numărul de telefon +40 21 222 13 70.

Operatorul din Call-center-ul verifică datele Asiguratului:

Pentru a solicita raportul de second medical opinion, Asiguratul va furniza următoarele informații operatorului:

- Nume, prenume, C.N.P. Asigurat;
- număr Polița;
- problema medicală pentru care solicită accesarea serviciilor medicale (diagnosticul inițial în legătura cu forma de boală malignă și analizele medicale deja efectuate; diagnosticul trebuie susținut obligatoriu de examenul anatomopatologic și examenul histopatologic);

Prin intermediul Call-center-ului se face:

1. organizarea programării Asiguratului. În prealabil, Asiguratului îi vor fi aduse la cunoștință următoarele:
 - costurile de transport, cazare și masă vor fi suportate direct de client;
 - Polița de asigurare va acoperi costul în legătura cu Raportul medical de second opinion și eventualele investigații suplimentare solicitate de specialistul Intermedicas în legătură cu stabilirea diagnosticului de Second Medical Opinion, conform limitelor/sublimitelor stabilite în Polița;
 - termenul maxim de accesare a consultului: 14 zile de la data diagnosticării inițiale a afecțiunii de cancer.
2. verificarea eligibilității Asiguratului, a valabilității asigurării și a beneficiilor oferite de Asigurator (din perspectiva excluderilor contractuale; includerea serviciului medical solicitat în acoperirea contractuală, inclusiv evaluarea limitelor de acoperire);
3. preluarea documentelor medicale de la Asigurat (documentele care stabilesc diagnosticul în legătura cu forma de boală malignă, analizele medicale deja efectuate și examenul anatomopatologic și histopatologic confirmat de către un medic specialist oncolog sau hematolog). Preluarea se poate face față în față, în cadrul unei vizite medicale sau pe e-mail.
4. transmiterea coordonatelor programării către Asigurat, într-un interval de 24h de la primirea documentelor medicale cu privire la diagnosticul inițial.
5. Indicarea Managerului de caz. Acesta preia relația cu clientul pe perioada stabilirii Raportului medical de Second Opinion și îi transmite informații cu privire la:
 - decizia de acceptare/refuz a cazului pentru Second Opinion;
 - termenul estimat de răspuns;
 - decizia medicală indicată pentru stabilirea Raportului medical pentru Second Opinion, una dintre:
 - TUMOR BOARD (ECHIPĂ MULTIDISCIPLINARĂ)
 - SECOND OPINION INTERNAȚIONAL SAU ÎN ROMÂNIA
 - SECOND OPINION PE IMAGISTICA
 - SECOND OPINION PE ANATOMOPATOLOGIE

Asiguratul se prezintă la programare cu un act de identitate.

În cazul în care preluarea documentelor se va face în cadrul unei vizite medicale la locația Intermedicas, vizita medicală durează 1h și constă în analiza dosarului medical, consultația pacientului, concluzionare și eventuale recomandări (investigații ulterioare etc.).

În cazul în care Asiguratul nu poate respecta programarea stabilită de către Managerul de caz, aceasta trebuie anulată la Call Center cu cel puțin 24h înainte de data programată. În caz contrar, Asiguratul va suporta eventualele cheltuieli survenite (răspunderea Asiguratorului pentru aceste cheltuieli nu va putea fi antrenată dacă Asiguratul nu onorează programarea din motive independente de voința sa).

Dacă Asiguratul nu deține documentele prin care să se fi stabilit în prealabil un diagnostic în legătura cu forma de boală malignă (confirmat de un medic specialist oncolog sau hematolog) și analize medicale în acest sens, acesta nu va fi programat la un medic specialist pentru obținerea raportului pentru Second Medical Opinion.

Furnizorul de servicii medicale – INTERMEDICAS

După efectuarea serviciului medical de Second Medical Opinion, **Intermedicas** prezintă Asiguratului Raportul de Second Medical Opinion.

Acesta va cuprinde următoarele rubrici/ capitole:

- i. **Date despre pacient:** cuprinde datele de identificare ale Asiguratului;
- ii. **Istoricul afecțiunii:** sunt prezentate simptomele, evoluția, investigațiile și tratamentele urmate până în momentul solicitării “Second Medical Opinion”;
- iii. **Investigațiile medicale:** cuprinde investigațiile medicale pe baza cărora a fost pus diagnosticul și a fost instituit tratamentul. Copii ale originalelor primite precum și varianta tradusă transmisă pentru a obține “Second Medical Opinion”, Imagistică (filme RMN, CT) se transmite prin e-mail, în format arhivat.
- iv. **Diagnosticul:** diagnosticul însoțit de numele complet al medicului, specializarea lui, gradele științifice, spitalul sau unitatea medicală.
- v. **Tratamentul** propus în urma diagnosticului: nume medicamente, dozaj, mod de administrare.
- vi. **Date despre medicul** care oferă “Second Opinion”: nume, grade științifice, unitate/unități medicale cu care colaborează sau lucrează direct, documente necesare pentru a demonstra, în mod incontestabil, caracterul de specialist în domeniul respectiv.
- vii. **Diagnosticul “Second Opinion”:** diagnosticul pus de Specialistul Intermedicas pe baza investigațiilor și a documentației primite.
- viii. **Recomandari “Second Opinion”:** va cuprinde eventuale recomandări pentru investigații suplimentare, locația unde acestea pot fi efectuate, prețul estimativ, eventuale facilități oferite de Intermedicas dacă se dorește continuarea investigațiilor.
- ix. **Tratament “Second Opinion”:** va cuprinde tratamentul recomandat de specialistul Intermedicas, locațiile în care acesta poate fi urmat, pretul acestuia, facilitățile oferite de Intermedicas (discount, suport, furnizare de formulare etc.).
- x. O rubrica de **disclaimer**-uri prin care se delimitează responsabilitatea medicului și a Intermedicas strict la datele și investigațiile prezentate și care au stat la baza diagnosticului “Second Opinion”.

Follow-up Intermedicas: după transmiterea raportului “Second Opinion”/Tumor Board, Intermedicas, prin intermediul Managerului de caz, va contacta telefonic Asiguratul pentru a afla situația Asiguratului și, dacă este cazul, să ofere informații sau sugestii pentru rezolvarea problemelor întâmpinate de acesta.

Raportul de Second Medical Opinion va fi însoțit de un formular care va fi oferit spre semnare Asiguratului prin care se confirmă ca i-au fost efectuate serviciile medicale specificate în Poliță în legătură cu furnizarea Raportului de Second Medical Opinion.

PROGRAMAREA ȘI ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE PRIVIND OBȚINEREA RAPORTULUI ”SECOND MEDICAL OPINION”

În cazul în care, pentru stabilirea raportului de second medical opinion, medicul specialist din cadrul Intermedicas recomandă efectuarea unor investigații suplimentare, se va proceda astfel:

- Asiguratul își alege furnizorul de servicii medicale;
- Asiguratul se programează independent de Call-Center-ul Intermedicas. La cererea Asiguratului, Intermedicas, prin intermediul call-center-ului, poate facilita acestuia programarea pentru desfășurarea investigațiilor în rețeaua unui furnizor de servicii medicale partener al Intermedicas.
- Furnizorul prestează serviciul medical și emite documentele justificative;
- Asiguratul plătește serviciile medicale accesate și păstrează documentele justificative emise de furnizorul de servicii medicale pentru a putea primi despăgubirea, conform contractului de asigurare;
- Asiguratul transmite în scris către Asigurător, în termenele menționate în Poliță, cererea de despăgubire cu privire la decontarea costurilor efectuate în legătură cu investigațiile suplimentare întreprinse de Asigurat la recomandarea medicului specialist în stabilirea Raportului Medical de Second Opinion;
- Asigurătorul analizează informațiile prezentate în raport cu acoperirea Poliței încheiate și aprobă sau respinge rambursarea costurilor solicitate conform limitelor/sublimitelor de despăgubire oferită prin contractul de asigurare.