

Programul de asigurare pentru angajații companiei

## Sindicatul Liber Invatamant Bihor



- beneficii oferite
- riscuri excluse;
- detalieri procedură în cazul producerii unui accident sau a unei îmbolnăviri;



<b>Contractant:</b>	Sindicatul Liber Invatamant Bihor
<b>Asigurați:</b>	Categoria Membrii Sindicat- Sindicatul Liber Invatamant Bihor
<b>Asigurător:</b>	Generali Romania
<b>Intermediar:</b>	Inter Broker de Asigurare S.R.L.
<b>Acoperire:</b>	24h/7 zile (inclusiv în afara orelor de program), în toată lumea
<b>Valabilitate asigurare:</b>	De la 01.04.2023 până la 01.04.2024

## BENEFICII OFERITE - asigurare pentru:

Nume beneficiu	Valoare beneficiu/ persoană/ perioadă asigurată
Deces din orice cauză	Beneficiarii desemnați de angajat prin completarea formularului special sau moștenitorii legali, desemnați conform legislației în vigoare, după decesul persoanei asigurate (deces survenit în perioada asigurată), vor primi o indemnizație în valoare de <b>6.000 Lei</b> .
Invaliditate permanentă - totală sau parțială - din orice cauză (%)	După stabilirea gradului de invaliditate permanentă de către medic, angajatul va primi o indemnizație în valoare de <b>3.000 Lei</b> pentru invaliditatea totală, sau un % din 3.000 Lei, pentru invaliditatea parțială. Evenimentul care a produs invaliditatea trebuie să fi avut loc în perioada asigurată.
Indemnizație zilnică pentru spitalizare din orice cauză	Angajatul va primi o indemnizație de <b>40 Lei</b> pentru fiecare zi de spitalizare, pentru spitalizări cu o durată mai mare de 3 zile, integral pentru întreaga perioadă, ca urmare a accidentului/ îmbolnăvirii suferite în perioada asigurată. Ziua de externare din spital nu este indemnizată. Numărul maxim de zile de spitalizare acoperite este de 180 zile/ persoană/ an de asigurare și 90 zile/ eveniment asigurat, chiar dacă nu sunt consecutive.
Indemnizație zilnică pentru convalescență post-spitalizare din orice cauză	Indemnizația cuvenită angajatului este în sumă de <b>40 Lei/ zi</b> , dacă perioada de convalescență urmează unei perioade de spitalizare continuă de cel puțin 3 zile. Suma respectivă se acordă pentru fiecare zi de concediu medical ca urmare a accidentului/ îmbolnăvirii suferite în perioada asigurată. Numărul maxim de zile de concediu medical asigurate este de 180 zile/ persoană/ an de asigurare și 90 zile/ eveniment asigurat, chiar dacă nu sunt consecutive.
Intervenții chirurgicale din orice cauză (%)	Prin intervenția chirurgicală se înțelege o procedură medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate exclusiv în scop terapeutic și presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii. Pentru fiecare intervenție chirurgicală suportată de un angajat, ca urmare a unui accident/ îmbolnăvirii produse în perioada asigurată, acesta va primi o indemnizație calculată ca % din suma maximă asigurată/ perioada asigurată/ persoană de <b>5.000 Lei</b> , în funcție de gravitatea intervenției. Dacă intervenția a fost de mare complexitate și gravitate, procentul de despăgubire va fi de 100%, așadar se va primi integral suma de 5.000 Lei. Dacă intervenția chirurgicală a fost de mică amploare și dificultate, procentul de despăgubire va fi mai mic de 100% (conform tabelului de indemnizații pentru intervenții chirurgicale, care face parte din contractul de asigurare). Dacă se efectuează mai multe intervenții chirurgicale în aceeași ședință operatorie, indemnizația de asigurare va fi cea corespunzătoare intervenției chirurgicale efectuate care are cel mai ridicat procentaj în "Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale".

## BENEFICII OFERITE - asigurare pentru:

Nume beneficiu	Valoare beneficiu/ persoană/ perioadă asigurată
Cheltuieli medicale din orice cauză	Asiguratul este îndreptățit la rambursarea cheltuielilor medicale în urma unui eveniment petrecut în perioada asigurată în limita sumei de <b>1.000 Lei/</b> perioadă asigurată/ persoană, numai la recomandarea medicului, cheltuieli privind: consulturi de diagnosticare, consulturi de control, investigații imagistice, investigații paraclinice, etc; medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului; achiziționare sau închiriere de proteze, cârje, scaune cu roțile și alte echipamente și instrumente similare necesare, o singură dată în decursul perioadei asigurate, indiferent de reînnoirile polițelor; transport cu ambulanța de la locul accidentului și alte cheltuieli medicale recomandate de medic. Clauza de cheltuieli medicale nu include eventualele cheltuieli cu spitalizarea și din cadrul spitalizării, intervențiile chirurgicale sau recuperarea medicală specializată.
Indemnizație pentru fracturi din accident(%)	În funcție de gravitatea fracturii arsurii suferite în perioada asigurată, persoana asigurată va obține o indemnizație calculată ca % din suma asigurată maximă de <b>3.000 Lei/</b> perioadă asigurată/ persoană.
Indemnizație pentru arsuri din accident(%)	În funcție de gravitatea fracturii arsurii suferite în perioada asigurată, persoana asigurată va obține o indemnizație calculată ca % din suma asigurată maximă de <b>2.500 Lei/</b> perioadă asigurată/ persoană.
Indemnizație pentru boli grave	Indemnizația pe care o va primi asiguratul este în limita a <b>5.000 Lei</b> și se va acorda pentru următoarele intervenții chirurgicale: intervenție chirurgicală de tip by-pass, transplantul de organe, coronaroplastia, angioplastia periferică, implantul de pacemaker, defibrilator implantabil exclusiv în scop terapeutic, intervenție chirurgicală pe cord deschis, cu condiția ca aceste intervenții să fie efectuate ca urmare a unei necesități medicale. Indemnizația se acordă de asemenea pentru următoarele afecțiuni: cancer, accident vascular cerebral, infarct miocardic acut, insuficiență renală cronică, scleroza multiplă și pentru riscul de deces ca urmare a unei boli grave. În cazul decesului ca urmare a unei boli grave, se va plăti atât indemnizația pentru boală gravă, cât și indemnizația pentru deces din orice cauză.



**\* Important!** În cazul unui accident/ îmbolnăviri care implică, de exemplu, și spitalizare, și intervenții chirurgicale, și cheltuieli medicale, și fracturi/ arsuri, angajatul va primi o **indemnizație cumulată**, calculată din însumarea beneficiilor asigurate pentru spitalizare, intervenții chirurgicale, cheltuieli medicale și fracturi/ arsuri.

## EXCLUDERI GENERALE:



Sunt excluse din această acoperire cazurile provocate ca urmare a:

- a) sinuciderii Asiguratului, oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată. Sinuciderea nu este considerată Accident;
- b) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- c) unei afecțiuni neoplazice apărute în primele 6 luni de la data la care a fost inclus în asigurare Asiguratul respectiv;
- d) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
- e) intervențiilor de chirurgie cosmetică/ estetică/ plastică și/ sau reparatorie, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale ale unui țesut, organ, membru sau segment de membru, ca urmare a unei Îmbolnăviri sau a unui Accident sau pentru excizia de tumori benigne/ maligne la recomandarea medicului. Chirurgia estetică/ cosmetică/ plastică și/ sau reparatorie, care implică schimbarea aspectului la alegerea Asiguratului, fără a fi o necesitate medicală, nu este acoperită;;
- f) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/ sau excesiv de alcool cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatită cronică, ciroză și fibroză hepatică, neoplasm hepatic, etc;
- g) bolilor mintale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă.
- h) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, a consumului de alcool caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
- i) tratamentului dentar, chirurgia și estetica dentară, cu excepția celor necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată.
- j) evenimentele care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedecarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
- k) zborul Asiguratului ca pasager în cadrul unor societăți aviatice neînregistrate legal pentru transportul de pasageri plătitori;
- l) explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
- m) oricărui act intenționat al beneficiarilor la deces.

## EXCLUDERI PARTICULARE:

### Spitalizare continuă din orice cauză

Sunt excluse din această acoperire cazurile provocate ca urmare a:

- participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zonă cu potențial mare de contaminare;
- spitalizărilor pentru tratamente cosmetice/estetice/ plastice și / sau reparatorii, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale ale unui tesut, organ, membru sau segment de membru, ca urmare a unei îmbolnăviri sau a unui accident sau pentru excizia de tumori benigne/ maligne la recomandarea medicului. Spitalizarea pentru chirurgia estetică/ cosmetică/ plastică și/ sau reparatorie, care implică schimbarea aspectului la alegerea Asiguratului, fără a fi o necesitate medicală, nu este acoperită;
- evenimentelor care au legătură cu gravitatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop Terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
- efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/ fertilizare în vitro/ inseminare artificială;
- avortului la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic, în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate;
- spitalizării în scopul unor intervenții chirurgicale pentru schimbare de sex sau donare de organe.

### Convalescență post-spitalizare a Asiguratului din orice cauză

Sunt excluse din această acoperire cazurile provocate ca urmare a:

- concediilor medicale prenatale și postnatale în cazul în care codul de indemnizație din Certificatul de Concediu Medical este 08 (sarcină și lăuzie), precum și concedii de îngrijire a copilului bolnav având ca și cod de indemnizație 09 (Îngrijire copil bolnav);
- avortului la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate;

## EXCLUDERI PARTICULARE:

- evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop Terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
- tuberculoza pulmonară, precum și consecințele/ complicațiile acestora.

## Intervenții chirurgicale din orice cauză

- Sunt excluse din această acoperire cazurile provocate ca urmare a:
- participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zona cu potențial mare de contaminare;
- avortului la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic, în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate;
- evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
- efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/ fertilizare în vitro/ inseminare artificială;
- intervențiilor de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care Intervenția chirurgicală de acest tip este recomandată expres de către un Medic de specialitate pentru repararea consecințelor unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare;
- intervențiilor stomatologice. Cu toate acestea, Asiguratorul va plăti indemnizații pentru Intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale, necesare ca urmare a unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
- tuberculoza pulmonară precum și consecințele/ complicațiile acestora;
- intervențiile chirurgicale sau procedurile medicale efectuate exclusiv în scop explorator sau diagnostic;
- intervenții chirurgicale pentru corectarea tulburărilor de refracție a ochilor, a acuității acustice;
- intervențiile chirurgicale pentru schimbare de sex sau donare de organe;

## EXCLUDERI PARTICULARE:

### Cheltuieli medicale din orice cauză

Sunt excluse din această acoperire cazurile provocate ca urmare a:

- participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zona cu potențial mare de contaminare;
- evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către Medicul de specialitate);
- efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/ fertilizare in vitro/ inseminare artificială;
- tratamentului dentar, chirurgiei și esteticii dentare. Cu toate acestea, Asigurătorul va acoperi Cheltuielile Medicale dentare necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată, dar nu va acoperi Cheltuielile Medicale necesare restaurării dentare;
- îngrijirilor medicale acordate la domiciliu;
- tratamentelor și investigațiilor alternative, naturiste, homeopatice, acupunctură, fitoterapie, apifiterapie, cristaloterapie, aromoterapie, bioenergie (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);
- vaccinurilor;
- tuberculozei pulmonare și complicațiilor acestora;
- oricăror tratamente medicale recuperatorii, cure în stațiuni balneoclimaterice sau sanatorii TBC.



## EXCLUDERI PARTICULARE:

### Boli grave

**1. Accident vascular cerebral:** orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 ore și include infarctul țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral, sursele fiind în afara creierului. Existența unui deficit neurologic permanent la cel puțin 6 săptămâni de la data producerii evenimentului trebuie confirmată de un neurolog. O pretenție de indemnizare poate fi admisă numai după trecerea acestei perioade. Accidentul vascular cerebral este exclus dacă vreuna din dovezile de mai sus lipsește, de exemplu: diagnostic bazat doar pe tomografie cerebrală sau doar deficit neurologic permanent.

**2. Cancer:** Afecțiune medicală care constă în prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, inclusiv leucemia, limfoame și boala Hodgkin, caracterizată de înmulțirea necontrolată a celulelor maligne diagnosticată de către un medic specialist oncolog. Aceasta categorie va include și metastazarea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului normal diagnosticată ca atare de către un medic specialist oncolog. Următoarele tipuri de afecțiuni maligne nu sunt acoperite prin prezenta clauză:

- a) Tumori reprezentând modificări maligne de tip carcinom in situ (inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3) precum și carcinoamele cu stadiul Ta conform clasificării internaționale în vigoare TNM, American Joint Comitee on Cancer sau tumori a căror descriere histologică este de tip premalign;
- b) Melanoame cu grosime determinată prin examen histologic mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark;
- c) Toate hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii;
- d) Toate carcinoamele scuamocelulare ale pielii, cu excepția situației în care invazia s-a extins către alte organe;
- e) Sarcom Kaposi și alte carcinoame asociate infecției HIV;
- f) Tumorile de prostată cu stadiul sub T2N0M0 conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Comitee on Cancer.

Nu se va plăti indemnizația de asigurare pentru cancer dacă această afecțiune a fost diagnosticată în primele 6 luni de la includerea Asiguratului în asigurare (pentru fiecare asigurat se aplică o perioadă de așteptare de 6 luni de la data includerii în asigurare).

## EXCLUDERI PARTICULARE:

### Boli grave

**3. Infarct miocardic acut:** Necroza unei porțiuni a mușchiului cardiac ca rezultat al blocării circulației în una sau mai multe artere coronare, consecința unei întreruperi subite a fluxului circulator sau irigației insuficiente a teritoriului cardiac respectiv. Diagnosticul trebuie să se bazeze pe toate cele trei criterii enumerate mai jos, fără excepție:

- istoricul tipului de durere cardiacă;
- modificări recente ale electrocardiogramei asociate care constau în unde de tip “Q” patologice recent apărute și supradenivelare de segment ST/ unde “T” inversate;
- creșterea valorilor markerilor specifici de necroză miocardică (troponina și CK-MB)

Următoarele afecțiuni sunt excluse:

- a. infarcte silențioase depistate pe electrocardiogramă;
- b. toate tipurile de angină incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal, boala cardiacă ischemică;
- c. orice condiții patologice care nu se bazează pe cele 3 criterii ci doar pe criterii ecografice, de rezonanță magnetică nucleară, de tomografie cu emisie de pozitroni;
- d. condiții patologice care evidențiază doar unul sau două din criteriile de mai sus;
- e. reinfarctizarea (recidiva) în același teritoriu coronarian.

**4. Insuficiența renală cronică:** Ultimul stadiu al unei suferințe renale care constă în afectarea cronică, ireversibilă a funcției ambilor rinichi și care impune dializa renală regulată, cel puțin o dată pe săptămână, sau realizarea transplantului de rinichi. Următoarele excluderi specifice se aplică în caz de insuficiență renală:

- a) hemodializa în situația unei insuficiențe renale acute sau orice caz de hemodializă nonpermanentă;
- b) insuficiența unui singur rinichi;
- c) afecțiunea Asiguratului cu indicația de transplant renal anterioară datei intrării în vigoare a poliței sau sub tratament cronic de hemodializă sau Asigurat înregistrat pe orice listă de așteptare pentru un transplant de organ;
- d) orice stadiu de afecțiune renală care necesită dializă temporară;
- e) afecțiunea Asiguratului diagnosticat cu SIDA sau purtător de HIV.

## EXCLUDERI PARTICULARE:

### Boli grave

**5. Scleroza multiplă:** boală caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau maduva spinării și manifestată prin paralizie parțială sau totală, parestezii și/ sau nevrită optică sau alte manifestări tipice ale bolii. Este caracterizată prin episoade de remisie și exacerbare. Diagnosticul este stabilit pe baza istoricului medical, pe analiza lichidului cefalorahidian și pe prezența a mai mult de un simptom neurologic bine definit, cu deteriorări

Funcționale nervoase manifestate pe o durată mai mare de 6 luni și care trebuie confirmată cu tehnici de investigație modernă ca tomografie, rezonanță magnetică nucleară. Manifestările neurologice constau în simptome tipice de demielinizare a creierului, nervului optic și/ sau măduvei spinării.

Pentru acordarea indemnizației corespunzătoare trebuie îndeplinite următoarele 2 criterii:

- evidența unor multiple afectări tisulare cicatrizate în diferite arii ale sistemului nervos central;
- cel puțin 2 episoade diferite de acutizări sau atacuri separate între ele de perioade minime de 24 ore. Atacurile neurologice izolate ca și episoadele neurologice izolate cu o durată mai mică de 24 de ore și/ sau fără deteriorarea funcțiilor pe o perioadă mai mică de 6 luni sunt excluse.

Pentru scleroza multiplă nu se plătește indemnizația de asigurare dacă afecțiunea este diagnosticată în primele 6 luni de la includerea Asiguratului în asigurare (pentru fiecare asigurat se aplică o perioadă de așteptare de 6 luni de la data includerii în asigurare).

**6. Intervenție chirurgicală de tip by-pass aorto-coronarian:** reprezintă intervenția chirurgicală recomandată de un medic de specialitate pentru a corecta stenoza sau ocluzia arterei coronare prin introducerea unei grefe de tip by-pass în scopul limitării simptomelor de tip anginos.

**7. Coronaroplastia sau angioplastia periferică, cu sau fără stent:** dilatarea obstrucțiilor/ stenozelor coronariene prin cateter cu balonaș, sub control radiologic, cu sau fără montare de stent.

Acoperirea este valabilă doar în cazul efectuării acestor proceduri în scop terapeutic pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței. În acest caz, suma maximă acoperită este de 1.000 Euro (pentru cazurile în care suma asigurată pentru boli grave depășește această valoare).

Nu este acoperită angiografia/ coronarografia percutană efectuată în scop diagnostic

## EXCLUDERI PARTICULARE:

### Boli grave

**8. Implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil:** amplasarea unui stimulator cardiac în pereții ventriculari sau atriali, prin abord transvenos sau transtoracic, respectiv montarea unui dispozitiv electronic implantabil (defibrilator), în scopul corectării tulburărilor de ritm.

Sunt acoperite doar pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței.

Sunt excluse orice alte tehnici care nu necesită intervenție chirurgicală pe torace deschis, precum și chirurgia valvulară, chirurgia pentru tumori intracardiace, chirurgia pentru boli congenitale sau orice altă chirurgie nespecific considerată ca by-pass aortocoronarian sau mamarocoronarian sau ambele.

**9. Transplant de organe:** Intervenția chirurgicală care constă în poziționarea și fixarea chirurgicală a următoarelor organe la nivelul organismului persoanei asigurate, ca primitor: inimă, plămâni, rinichi, pancreas (cu excepția transplantării de insule Langerhans), ficat sau măduvă osoasă. Transplantul de organ trebuie să fie ultima resursă de tratament și trebuie efectuată ca urmare a unei necesități medicale, în concordanță cu definiția inclusă în condițiile generale ale poliței de bază la care prezenta este atașată.

Sunt acoperite doar în cazul intervențiilor pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței.

Următoarele excluderi specifice sunt aplicate în cazul transplantului de organ:

- a) Transplant de organe de proveniență animală;
- b) Transplant ca donor;
- c) Organe modificate genetic;
- d) În situația unei afecțiuni congenitale;
- e) Datorat HIV sau SIDA;
- f) Transplantul de maduvă secundar aplaziei datorată cancerului;
- g) Experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă;
- h) Orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante.

Orice cheltuieli viitoare legate de transplantul de organ (de exemplu, tratament anti- respingere) nu sunt acoperite.

## EXCLUDERI PARTICULARE:

### Boli grave

**10. Intervenție chirurgicală pe cord deschis:** Intervenție chirurgicală necesitând incizia cordului pentru ameliorarea sau vindecarea bolilor cardiace severe (boli cardiace congenitale, boli valvulare). De asemenea, este acoperită grefa de aortă, fiind definită ca o intervenție chirurgicală efectuată când un segment afectat al aortei necesită excizia și înlocuirea cu o greă. Prin aortă, în sensul prezentei definiții, se înțelege doar aorta toracică și abdominală nu și ramificațiile acestora.

Următoarele excluderi specifice se aplică în cazul intervențiilor chirurgicale pe cord deschis:

- a) toate intervențiile chirurgicale care folosesc cateter sau intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis: angioplastie, angioplastia percutană transluminală coronariană, stent coronarian;
- b) intervențiile chirurgicale care folosesc cateter, de exemplu valvuloplastie percutană cu balonaș;
- c) intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis sau laparotomiei;
- d) afecțiunile de natură traumatică.

Orice afecțiune care nu respectă definițiile de mai sus nu este considerată boală gravă.

# PROCEDURA DE DAUNĂ PRIVIND OBȚINEREA INDEMNIZAȚIILOR DE ASIGURARE



**Important!** Termenul de notificare a unui eveniment este de 30 de zile de la data producerii sale. Avizarea se va face către Generali România, de îndată ce este posibil, dar nu mai târziu de 30 de zile de la data evenimentului.

**Important!** Toate indemnizațiile se plătesc după furnizarea setului complet de documente referitoare la evenimentul suferit: documente medicale/ fiscale, copie act identitate, adeverință salariat, declarație de accident/ îmbolnăvire, etc. în termen de maxim 30 de zile de la data la care documentația solicitată este completă.

## DOCUMENTE OBLIGATORII, indiferent de tipul evenimentului:

- Declarație de accident/ îmbolnăvire si Consimțământ cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal;
- Copia actului de identitate;
- Adeverința eliberată de Sindicat si de către Angajator (pentru a demonstra calitatea de membru si de angajat) in care se va specifica data inceperii si incetarii activitatii;
- Documentele se vor transmite într-un singur document in format PDF.

Declarația de accident/ îmbolnăvire se completează de către angajatul care a suferit accidentul/ îmbolnăvirea sau de către o rudă a sa, în caz de deces, la toate rubricile aplicabile. Se recomandă ca angajatul să facă descrierea accidentului/ îmbolnăvirii suferite cu propriile cuvinte, fără să preia informații din documentele medicale. În declarația de accident/ îmbolnăvire trebuie menționat contul bancar în care se va face plata despăgubirii. Adeverința de angajat se solicită de către persoana asigurată de la departamentul Resurse Umane al companiei Dvs.

## Documente specifice,

în funcție de tipul evenimentului:

### Deces din orice cauză

- Adeverință de angajat si membru Sindicat, care să ateste data inceperii si incetarii angajării/activitatii;
- Certificatul de deces, eliberat de Primărie - copie legalizată;
- Certificat medical constatator al decesului de la Institutul Medico-Legal sau de la morga spitalului - copie;
- Actele de identitate ale beneficiarilor/ moștenitorilor - copie;
- Certificat de moștenitor sau certificat de calitate de moștenitor (în cazul în care beneficiarul nu este desemnat pe poliță);
- Procesul verbal de constatare a accidentului/ îmbolnăvirii suferite, eliberat de Poliție, Pompieri etc, dacă este cazul - copie;
- Rezultatul testului de alcoolemie, dacă este cazul - copie.

## Invaliditate permanentă totală/ parțială din orice cauză

- Adeverință de angajat si membru Sindicat, care să ateste data inceperii si incetarii angajării/activității;
- Bilet de ieșire din spital;
- Certificatul medical care atestă invaliditatea și gradul invalidității;
- Decizia de invaliditate permanentă, eliberată de instituțiile abilitate (CNPAS)

## Spitalizare din orice cauză

- Adeverință de angajat si membru Sindicat, care să ateste data inceperii si incetarii angajării/activității;
- Bilet de ieșire din spital;
- Scrisoare medicală, dacă există.

## Convalescență post-spitalizare din orice cauză

- Adeverință de angajat si membru Sindicat, care să ateste data inceperii si incetarii angajării/activității;
- Bilet de ieșire din spital;
- Scrisoare medicală, dacă există.

## Intervenții chirurgicale din orice cauză

- Adeverință de angajat si membru Sindicat, care să ateste data inceperii si incetarii angajării/activității;
- Bilet de ieșire din spital;
- Scrisoare medicală, dacă există.

## Cheltuieli medicale din orice cauză

- Adeverință de angajat si membru Sindicat, care să ateste data inceperii si incetarii angajării/activității;
- Facturi, chitanțe pentru cheltuieli legate de eveniment;
- Rețeta medicală din care să rezulte diagnosticul;
- Scrisoare medicală din care să rezulte diagnosticul.

## Fracturi/ arsuri

- Adeverință de angajat si membru Sindicat, care să ateste data inceperii si incetarii angajării/activitatii;
- Scrisoare medicală cu mențiune diagnostic;
- Document medical/ scrisoare medicală din care să rezulte numărul de zile de imobilizare în ghips, dacă este cazul;
- Bilet de ieșire din spital, din care să rezulte diagnosticul;
- Certificat de concediu medical din care să rezulte diagnosticul.

## Boli grave

- Adeverință de angajat si membru Sindicat, care să ateste data inceperii si incetarii angajării/activitatii;
- Bilet de ieșire din spital;
- Foaia de observație a Asiguratului, eliberată la ieșirea din spital pentru episodul ce face obiectul indemnizației ;
- Analizele medicale ce confirmă diagnosticul, după caz, precum și toate documentele medicale specifice pentru fiecare afecțiune/ intervenție, solicitate de către Asigurător .





**Important!** De la caz la caz, Asigurătorul poate solicita și alte documente/ informații, pentru stabilirea exactă a diagnosticului medical în vederea calculării indemnizației de plătit persoanei asigurate.

**Important!** Documentele se transmit către Generali Romania de către fiecare angajat în parte, însoțite de o adresă cu datele de contact ale persoanei respective: nume, prenume, număr de telefon, adresă e-mail.



### **Adresa intermediar:**

#### **GENERALI Romania:**

Piața Charles de Gaulle, nr 15, cod poștal 011857, sector 1, București – în atenția: Serviciului Daune Viață și Sănătate

E-mail: [dauneviata.ro@general.com](mailto:dauneviata.ro@general.com)