



OFERTA DE ASIGURARE

Pentru angajații companiei Sindicatului
Liber din Învatamant Bihor

**TU EȘTI
VIITORUL**

 **BRD**
Asigurări de Viață
GRUPE SOCIETE GENERALE

DETALII OFERTĂ

Contractant: Sindicatul Liber din Învatamant Bihor

Asigurați: Categoria Membrii Sindicat-Sindicatul Liber din Învatamant Bihor

Asigurător: BRD Asigurari de viata

Intermediar: Inter Broker de Asigurare S.R.L.

Acoperire: 24h/7 zile (inclusiv în afara orelor de program), în toată lumea

Valabilitate asigurare: 31.03.2025

Riscuri asigurate obligatorii	Suma asigurata acoperita
Deces din orice cauză	6.000 RON
Riscuri asigurate optionale	Sume acoperite de asigurare
Invaliditate permanentă totală din orice cauză grad 1&2	4.000 RON
Fracturi si Arsuri din accident	3.000 RON
Spitalizare din orice cauză - (mai puțin primele 2 zile) - 60 de zile/an	50 RON/ zi spitalizare
Intervenții chirurgicale din orice cauză	5.000 RON
Invaliditate Parțială și Permanentă din accident	3.000 RON
Cheltuieli medicale din orice cauză	700 RON
Convalescenta (concediu medical post spitalizare) - 30 zile	50 Ron/ zi
Afecțiuni grave	5.000 RON
Medicină de recuperare din orice cauză	50 Ron/ zi

RISCURI ASIGURATE



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 **6.000 lei**.

Invaliditate permanentă totală din orice cauză grad 1&2

Obiectul asigurării prezentei clauze este reprezentat de acoperirea Asiguratului în caz de Invaliditate Totală permanentă de gradul 1 sau gradul 2 din orice cauză. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare în cazul în care un asigurat suferă o Invaliditate Totală Permanentă de gradul 1 sau gradul 2 ca urmare a unui Accident produs pe perioada de valabilitate a prezentei clauze suplimentare pentru membrul asigurat respectiv sau ca urmare a unei Boli. Indemnizația de asigurare se plătește numai Asiguratului
SUMA ASIGURATĂ: 4.000 lei

Fracturi și Arsuri din accident

Dacă Asiguratul suferă una sau mai multe fracturi sau/și arsuri ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată, Asigurătorul va plăti o indemnizație calculată asupra sumei asigurate, conform procentelor și prevederilor din „Tabelul pentru fracturi și arsuri”. În cazul producerii de fracturi și arsuri concomitente, rezultate din același accident, se va proceda la cumularea procentelor de indemnizație până la atingerea a maxim 100% din valoarea sumei asigurate.
SUMA ASIGURATĂ: 3.000 lei

Spitalizare din orice cauză

În cazul în care Asiguratul este internat într-un spital ca urmare a unui eveniment survenit în perioada valabilității poliței de asigurare, pentru o perioadă mai mare de 2 zile, Asigurătorul va plăti o indemnizație zilnică pentru fiecare zi de spitalizare continuă, exceptând 2 zile. Ziua de externare nu este indemnizată dacă nu corespunde perioadei de minim 24 de ore consecutive. Numărul maxim de zile de spitalizare continuă într-un an este de 60 zile. În cazul în care oricare Asigurat este internat la terapie intensivă, indemnizația în caz de spitalizare este dublă pe perioada primelor 30 de zile de internare la terapie intensivă. Această indemnizație specială se acordă numai o singură dată pe un an contractual de asigurare, pe o perioadă de maxim 15 de zile pe an contractual.

SUMA ASIGURATĂ: 50 lei / zi (mai puțin primele 2 zile)

RISCURI ASIGURATE

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 / îmbolnăviri produse în perioada asigurată, acesta va primi o indemnizație calculată ca % din suma maximă asigurată / perioada asigurată / persoană de **5.000 lei**, în funcție de gravitatea intervenției. Dacă intervenția a fost de mare complexitate și gravitate, procentul de despăgubire va fi de 100%, adică 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”**

Invaliditate Parțială și Permanentă din accident

Pierdere totală anatomică sau funcțională a unui membru sau a unui organ de simț cauzată de un Accident care a generat invaliditatea parțială și permanentă a Persoanei Asigurate în mod direct și independent de orice altă afecțiune fizică sau mentală pre-existentă și care survine în termen maxim de 90 de zile de la producerea Accidentului. Indemnizația de asigurare pentru Asigurarea în caz de Invaliditate Permanentă Parțială în caz de Accident reprezintă procentul din valoarea Sumei asigurate pe durata de valabilitate a clauzei, conform tabelului din condițiile contractuale (*scala Continental*) unde pierdere înseamnă pierdere totală anatomică sau funcțională a unui membru sau organ de simț.
SUMA ASIGURATĂ: 3.000 lei

Cheltuieli medicale din orice cauză (accident sau boala)

Cheltuielile medicale ale asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri înregistrate ca urmare a spitalizării, a unei intervenții chirurgicale sau a unui consult în ambulatorul de servicii medicale ca urmare a unei necesități medicale sunt reprezentate de: medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului parte din scrisoarea medicală emisă la externare sau din Biletul de externare eliberat pe numele Asiguratului și cu certificarea rețetei originale sau a unei rețete emise de către medicul din Ambulatorul de servicii medicale, achiziționarea și închirierea de dispozitive medicale recomandate de către un medic ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri și transport cu ambulanță.

SUMA ASIGURATĂ: 700 lei

Fransiza: 100 lei din suma asigurată este în sarcina Asiguratului.

RISCURI ASIGURATE

Convalescenta din orice cauza (boala sau accident)

Convalescenta perioada în care Asiguratul, după ieșirea din spital, urmează tratamentul și repausul recomandat de un medic de specialitate și în care nu poate să-și continue activitatea profesională. Asigurătorul va plăti indemnizații de convalescenta numai pentru perioadele de convalescenta care încep pe perioada de valabilitate a prezentei clause. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația Zilnică de Convalescenta pentru maximum 30 zile de Convalescentă pentru un an contractual. Indemnizația de Convalescentă se va acorda numai în cazul în care convalescenta a urmat unei Spitalizări, iar Asiguratul face dovada numărului de zile de convalescentă prescrise de medic.

SUMA ASIGURATĂ: 50 lei / zi (concediu medical post spitalizare) – 30 zile

Afectiuni grave

Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare menționată în Poliță pentru această clauză în cazul în care Asiguratul supraviețuiește cel puțin 28 de zile de la data stabilirii primului diagnostic privind afecțiunea gravă. Indemnizația de Asigurare se achită o singură (1) dată pe an de asigurare, indiferent de numărul de Afectiuni Grave cu care Asiguratul a fost diagnosticat în anul respectiv de asigurare, indemnizația de Asigurare pentru Afectiuni Grave va fi achitată de Asigurător direct Asiguratului.

SUMA ASIGURATĂ: 5.000 lei

Recuperarea medicala din orice cauza (boala sau accident)

Ameliorarea și restabilirea performanțelor fizice a persoanelor care au trecut printr-o spitalizare și eventual, o intervenție chirurgicală sau chiar și fără spitalizare și intervenție chirurgicală ca urmare a unui accident sau a unei boli diagnosticate, prin procedee de balneo-fizio-kineto terapie și/sau masaj, efectuate într-o unitate sanitară.

Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare în cazul în care un asigurat suferă o spitalizare sau o intervenție chirurgicală, ca urmare a unui accident sau a unei imbolnaviri, și pentru care îi sunt recomandate proceduri de Recuperare medicală în fișa de înregistrare din spital sau într-o unitate sanitară. Indemnizația de asigurare care se acorda pe o perioadă de maximum 15 de zile pe anul de asigurare, maximum 5 zile/eveniment.

SUMA ASIGURATĂ: 50 lei / zi

EXCLUDERI



Excluderi generale

- ✓ anomalii congenitale sau complicațiile/bolile datorate anomaliilor congenitale;
- ✓ război, invazie, ostilități sau operațiunile asimilate războiului (indiferent dacă războiul este declarat sau nu), război civil, acte de terorism și activități conexe, revoltă, mișcări civile, revoltă populară, insurecție, rebeliune, dictatură militară, lovituri de stat sau orice acte ale oricărei persoane care acționează în numele sau în legătură cu orice organizație în mod activ îndreptată spre răsturnarea prin forță a oricărui guvern sau la influențarea acestuia prin terorism sau violență;
- ✓ participarea activă a Asiguratului la o faptă săvârșită cu violență sau incriminată ca faptă penală de către Legea Penală;
- ✓ sinuciderea în primii doi ani ai Contractului de asigurare al Asiguratului (indiferent dacă persoana a fost sau nu în deplinătatea facultăților mintale)- pentru Deces din orice cauza si/sau clauza Deces din accident
- ✓ autovatomarea, tentativa de suicid, boli psihice
- ✓ fuziunea nucleară, deșeuri nucleare sau orice radiații radioactive sau ionice;
- ✓ participarea la sau formarea pentru orice sport periculos sau riscant (de exemplu: speologia, alpinismul, parașutismul, scufundările, sporturile cu motor, etc.), competiții de orice fel (cu excepția: atletism înnot, fotbal, tenis, ciclism și a celor aprobate de către Asigurător la cererea Contractantului asigurării).
- ✓ consecințele consumului de alcool peste valoarea de 0,6 mg/l de alcool pur în sânge sau droguri, inclusiv administrarea de medicamente, altele decât cele prescrise de un medic;
- ✓ zboruri de alt tip decât ca pasager al unei aeronave pentru transportul de pasageri, care dispune de o autorizație comercială;
- ✓ epidemii sau pandemii (confirmate de OMS și Ministerul Sănătății);
- ✓ nesolicitarea sau nerespectarea indicațiilor medicale, Asiguratul având obligația să solicite și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru a-și grăbi revenirea la starea de sanatate anterioara producerii evenimentului asigurat

Excluderi specifice

Invaliditate permanentă totală din orice cauză grad 1&2

- ✓ Invaliditatea Totală Permanentă de gradul 1 sau gradul 2 survenită ca urmare a afecțiunilor mentale, nervoase sau funcționale.
- ✓ Invaliditatea Totală Permanentă de gradul 1 sau gradul 2 survenită ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice.
- ✓ Invaliditatea Totală Permanentă de gradul 1 sau 2 din boala pentru un Asigurat care suferă de SIDA sau este purtător de HIV.
- ✓ Invaliditatea Totală Permanentă de gradul 1 sau 2 în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea.

Fracturi si Arsuri din accident

- ✓ Arsuri de gradul unu sau doi;
- ✓ Fracturi sau arsuri după producerea cărora Asiguratul nu a solicitat sau nu a respectat sfatul medical, acest lucru ducând la agravarea situației medicale sau apariția altor fracturi secundare/gravarea arsurilor.

EXCLUDERI

Excluderi specifice

Spitalizare din orice cauză

- ✓ Spitalizarea care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Persoanei Asigurate (spre exemplu orice spitalizare care vizează, fără a se limita la: miopia, hipermetropia, astigmatismul, strabismul, keratoconus-ul, cataracta, ectropionul, entropionul, pterigionul, pinguecula, chalazionul, xantelasma) sau care, în opinia Asigurătorului, nu este necesară pentru tratarea unei afecțiuni sau a unei vătămări;
- ✓ Spitalizarea pentru tratamentul sau terapia disfuncțiilor sexuale, infertilității, în vederea sterilizării sau de reversie a sterilizării, circumcizia, intervențiile de schimbare a sexului, tratarea oricăror tulburări de identitate sexuală;
- ✓ Spitalizarea în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea (inclusiv în cazul nașterii prin operație cezariană);
- ✓ Spitalizarea pentru tratarea afecțiunilor legate de infectarea cu HIV/SIDA a Asiguratului.
- ✓ Spitalizare care în opinia Asigurătorului are scop diagnostic sau explorator, pentru examene medicale de rutină, imunizare sau alte proceduri și tratamente cu caracter preventiv (analize, radiografie, radioscopie, fizioterapie sau orice examinare de rutină), cu excepția situației în care rezultatele investigațiilor efectuate asupra Asiguratului impun spitalizarea;
- ✓ Spitalizarea care în opinia Asigurătorului nu era necesară pentru tratarea bolilor sau a vătămărilor suferite de Asigurat altele decât cele referitoare la afecțiunile oftalmologice;
- ✓ Spitalizarea în vederea chirurgiei plastice sau reparatorii, pentru tratarea tulburărilor de apetit/alimentație, obezitate, reîntinerire, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură;
- ✓ Spitalizarea în scopul tratării sau educării persoanelor cu deficiențe de învățare sau retard mental;
- ✓ Spitalizarea care începe după expirarea acoperirii oferită de prezenta clauză suplimentară, chiar dacă spitalizarea a fost recomandată înaintea expirării acoperirii;
- ✓ Spitalizarea pentru tratarea arsurilor de gradul 1;
- ✓ Spitalizarea survenită ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice;
- ✓ Spitalizarea pentru tratarea infecțiilor contactate în urma unei boli sau accident, cu excepția infecțiilor piogenice care sunt acoperite.
- ✓ Spitalizarea ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri cauzate de consumul de alcool

EXCLUDERI

Excluderi specifice

Intervenții chirurgicale din orice cauză

- ✓ Orice corecție prin intervenție chirurgicală care vizează, fără a se limita la: miopia, hipermetropia, astigmatismul, strabismul, keratoconus-ul, cataracta, ectropionul, entropionul, pterigionul, pinguecula, chalazionul, xantelasma sau care, în opinia Asiguratorului, nu este necesară pentru tratarea unei afecțiuni sau a unei vătămări.
- ✓ Intervențiile chirurgicale care implică exclusiv incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, sutura tegumentului, mușchilor sau tendoanelor, precum și injectarea de substanțe terapeutice sau diagnostice, transfuziile de sânge sau resuscitarea externă.
- ✓ Intervenții chirurgicale pentru tratamentul disfuncțiilor sexuale, infertilității, în vederea sterilizării sau de reversie a sterilizării, circumcizia, intervențiile de schimbare a sexului, tratarea oricăror tulburări de identitate sexuală.
- ✓ Orice intervenție chirurgicală în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea.
- ✓ Intervenții chirurgicale din motiv de îmbolnavire pentru un Asigurat care suferă de SIDA sau este purtător de HIV.
- ✓ Intervenții chirurgicale care în opinia Asiguratorului au scop de diagnostic sau explorator sau care nu sunt necesare pentru tratarea bolilor sau a vătămărilor suferite de Asigurat .
- ✓ Intervenții de chirurgie plastică sau reparatorie, intervenții chirurgicale efectuate în scopul tratării obezității sau pentru întinerire. Prin excepție de la prevederile prezentului punct sunt acoperite intervențiile chirurgicale efectuate pentru îmbunătățirea funcționării unui membru sau organ (care nu este un dinte, structură care susține dintele și nu este malformat), iar intervenția este efectuată ca urmare a unei necesități medicale rezultată direct dintr-un accident sau boală acoperite prin prezenta clauză.
- ✓ Intervenții chirurgicale stomatologice interesând dinții și gingiile.
- ✓ Intervenții chirurgicale efectuate după expirarea perioadei de valabilitate a prezentei clauze, indiferent dacă recomandarea a fost făcută anterior expirării acesteia.
- ✓ Intervenția chirurgicală necesară ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice
- ✓ Intervenția chirurgicală ca urmare a a unui accident sau boli cauzate de consumul de alcool

Invaliditate permanenta partial ca urmare a unui accident a asiguratului

- ✓ Invaliditatea permanentă parțială produsă sau agravată de nesolicitarea sau nerespectarea indicațiilor medicale după un accident, Asiguratul având obligația să solicite și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru a-și grăbi restabilirea.
- ✓ Invaliditatea permanentă parțială survenită ca urmare a autovătămării sau a tentativei de sinucidere sau de automutilare, chiar dacă Asiguratul nu avea discernământ.
- ✓ Invaliditatea permanentă parțială survenită ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice

EXCLUDERI

Excluderi specifice

Cheltuieli medicale din orice cauză (accident sau boala)

- ✓ Cheltuieli medicale efectuate în scop de reabilitare sau balneo-fizioterapie;
- ✓ Cheltuieli considerate ca fiind tratamente cosmetice și estetice, inclusiv corecțiile cu scop estetic ale leziunilor posttraumatice (ex. cicatrici etc.);
- ✓ Cheltuieli medicale legate de naștere, întrerupere voluntară sau involuntară a sarcinii, inclusiv consecințele acestora;
- ✓ Afecțiunea pentru care a fost necesară cheltuiala medicală este cauzată direct de un eveniment produs anterior intrării în vigoare a Asigurării Suplimentare
- ✓ Cheltuiala medicală a survenit ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni preexistente acestuia
- ✓ Cheltuieli medicale pentru medicamente homeopate/naturiste, suplimente alimentare sau substanțe asimilate medicinei alternative, tratamente experimentale sau care nu sunt reglementate de către autoritățile medicale (CNAS etc) în cadrul protocolului de tratament al afecțiunii respective.
- ✓ Orice cheltuiala rezultată din afara perimetrului definiției de la punctul 2.1. (din condițiile contractuale)
- ✓ Cheltuieli medicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri cauzate de consumul de alcool

Convalescența din orice cauză (boala sau accident)

- ✓ Orice spitalizare care vizează, fără a se limita la: miopia, hipermetropia, astigmatismul, strabismul, keratoconus-ul, cataracta, ectropionul, entropionul, pterigionul, pinguecula, chalazionul, xantelasma sau care, în opinia Asiguratorului, nu este necesară pentru tratarea unei afecțiuni sau a unei vătămări;
- ✓ Spitalizării pentru tratamentul sau terapia disfuncțiilor sexuale, infertilității, în vederea sterilizării sau de reversie a sterilizării, circumcizia, intervențiile de schimbare a sexului, tratarea oricăror tulburări de identitate sexuală;
- ✓ Spitalizării în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea (inclusiv în cazul nașterii prin operație cezariană);
- ✓ Spitalizării Asiguratului care suferă de SIDA sau este purtător de HIV
- ✓ Spitalizării care în opinia Asiguratorului are scop diagnostic sau explorator, pentru examene medicale de rutină, imunizare sau alte proceduri și tratamente cu caracter preventiv (analize, radiografie, radioscopie, fizioterapie sau orice examinare de rutină), cu excepția situației în care rezultatele investigațiilor efectuate asupra Asiguratului impun spitalizarea;
- ✓ Spitalizării care în opinia Asiguratorului nu era necesară pentru tratarea bolilor sau a vătămarilor suferite de Asigurat;
- ✓ Spitalizării în vederea chirurgiei plastice sau reparatorii, pentru tratarea tulburărilor de apetit/alimentație, obezitate, reîntinerire, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură;
- ✓ Spitalizării în scopul tratării sau educării persoanelor cu deficiențe de învățare sau retard mental;
- ✓ Spitalizării care începe după expirarea acoperirii oferită de prezenta clauză suplimentară, chiar dacă spitalizarea a fost recomandată înaintea expirării acoperirii;
- ✓ Spitalizării pentru tratarea arsurilor de gradul 1;
- ✓ Spitalizării survenită ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice;
- ✓ Spitalizării pentru tratarea infecțiilor contactate în urma unui accident, cu excepția infecțiilor piogenice care sunt acoperite.
- ✓ Spitalizării ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri cauzate de consumul de alcool

EXCLUDERI



Excluderi specifice – conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

- ✓ Se considera orice Afectiune Gravă ale cărei simptome se manifestă, ori care a fost diagnosticată, anterior intrării în asigurare a Asiguratului și evenimentul asigurat se întâmplă pe perioada de asigurare a prezentei clauze (afecțiune preexistentă) sau a fost diagnosticată într-un termen de 90 de zile (perioada de așteptare) de la intrarea în vigoare a asigurării pentru Asigurat;
- ✓ Orice afecțiune congenitală.

1. Cancer

Diagnosticul trebuie susținut de examen histologic sau - în cazul malignității sistemice - examene citologice.

- Cancer in situ.
- Dovezi ale existenței de celule canceroase sau material genetic canceros detectate numai prin probe moleculare sau biochimice (inclusiv, dar fără a se limita la tehnici de studiu extins al proteinelor sau tehnici bazate pe ADN/ARN) fără nicio leziune care poate fi evidențiată la nivel tisular.
- Orice carcinom bazocelular, non-melanom și melanom in situ.
- Boli maligne ale prostatei clasificate TNM T1N0M0 sau de gravitate mai mică.
- Toate carcinoamele papilare ale tiroidei clasificate TNM ca T1N0M0 sau de gravitate mai mică

2. Infarctul miocardic

- Orice eveniment care nu a fost confirmat ca fiind un atac de cord de către un cardiolog sau un medic generalist;
- Infarct de vechime nedeterminată;
- O creștere a biomarkerilor cardiaci cauzată direct de o procedură cardiacă intra-arterială, inclusiv, dar fără a se limita la angiografia și angioplastia coronariană.

3. Accident vascular cerebral

Condiția pentru plata indemnizației este ca toate următoarele criterii să fie îndeplinite:

- Diagnosticul trebuie susținut de o tehnică imagistică (de exemplu, tomografie computerizată (CT), imagistică prin rezonanță magnetică (RMN)) care să demonstreze relația dintre noua disfuncție neurologică și zona nou afectată la nivel cerebral sau la nivelul măduvei.
- Evaluarea disfuncției neurologice permanente și ireversibile se poate face nu mai devreme de 3 luni de la accidentul vascular cerebral

Pentru definiția de mai sus, următoarele nu sunt acoperite:

- Atacul ischemic tranzitoriu (AIT);
- Accident vascular cerebral de vechime nedeterminată;
- Diagnosticul accidentului vascular cerebral bazat numai pe biomarkeri;
- Accident vascular cerebral care afectează doar funcționalitatea olfactivă, vestibulară sau vederea.

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

4. Demența avansată

Toate următoarele condiții trebuie să fie îndeplinite și să fie cauzate de boala Alzheimer sau de altă demență:

- Insuficiență permanentă ireversibilă a funcției cognitive;
- Testele standardizate trebuie să dovedească o afectare cognitivă semnificativă din cauza bolii Alzheimer sau a demenței;
- Persoana asigurată trebuie să necesite supraveghere continuă pentru a preveni comportamentele auto si heteroagresive.

Nu se va acorda Indemnizație de asigurare pentru tulburările bipolare.

5. Chirurgia aortei

- Chirurgia endovasculară nu este acoperită (de ex. montarea de stenturi)
- Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă intervenția chirurgicală este efectuată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

6. Anemia aplastică

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- Diagnosticul trebuie susținut prin puncția măduvei osoase sau biopsie;
- Un test de sânge periferic trebuie să îndeplinească cel puțin două dintre următoarele trei criterii:
- Numărul de neutrofile mai mic de $1 \cdot 10^9$ /litru;
- Numărul de reticulocite mai mic de 1% din eritrocite;
- Numărul de trombocite este mai mic de $50 \cdot 10^9$ /litru.

Anemia aplastică ca urmare a terapiei (de exemplu antireumatice nesteroidiene, săruri de aur, radiații sau chimioterapie) este exclusă

7. Scleroza laterală amiotrofică

Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- de a se hrăni singură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție

Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

8. Meningita bacteriană

Boala trebuie sa aibă ca rezultat un deficit neurologic ce determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție sau
- de a comunica verbal
- de a obține un scor mai mare de 15 într-un test MMSE (Mini-Mental State Examination).

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist neurolog autorizat

9. Tumora cerebrală benignă

Condiția pentru plata indemnizației este ca toate următoarele criterii să fie îndeplinite:

- Existența tumorii trebuie dovedită de imagistică prin rezonanță magnetică (RMN), tomografie computerizată (CT) sau tehnici imagistice similare adecvate.
- Consecințele severe ale tumorii, cum ar fi hipertensiunea intracraniană, apariția pentru prima dată a crizelor epileptice sau afectarea motorie sau senzorială sunt verificabile în mod obiectiv.
- Tumora
 - a) necesită intervenții chirurgicale pentru a fi îndepărtată complet sau redusă dimensional pe cât posibil sau
 - b) se tratează fie sub formă de chimioterapie, fie de radioterapie sau
 - c) este într-un stadiu în care doar îngrijirea paliativă este posibilă.

Sunt excluse chisturile, calcificarile, granuloamele, malformațiile arterelor sau venelor creierului sau hematoamele.

Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

10. Transplant de măduvă osoasă

- Transplantul autolog, care este transplantul de la către aceeași persoană, este exclus

EXCLUDERI

Excluderi specifice – condiții pentru plata indemnizației

Afectiuni grave

11. Cardiomiopatie

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- o clasificare permanentă și ireversibilă în Clasa IV NYHA (New York Heart Association, Stand 2016) cu dispnee de repaus;
- se evidențiază prin ecocardiografie sau scintigrafie faptul că fracția de ejecție a ventriculului stâng este mai mică de 30% pe o perioadă de cel puțin trei luni.

Sunt excluse leziuni cardiace secundare cauzate de hipertensiune arterială, boli coronariene, defecte ale valvelor cardiace sau efecte toxice

12. Boala Crohn

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- Boala a condus la formarea de fistule intestinale;
- Boala a condus la o obstrucție a intestinului subțire, la perforație intestinală, la o fistulă intestinală artificială sau la o amiloidoză secundară;
- Diagnosticul trebuie susținut de dovezi histologice.

13. Insuficiență hepatică cronică

Condiția pentru plata indemnizației este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- Prezența ascitei.
- Valoarea albuminei serice să fie mai mică sau egală cu 3,5 g/dl (35 g/litru)
- INR-ul (International Normalized Ratio) să fie mai mare de 2,2.

Sunt excluse bolile hepatice secundare abuzului de alcool sau droguri

14. Comă

- Indicația medicală pentru comă artificială trebuie confirmată de un medic specialist autorizat

15. Bypass coronarian

- Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă intervenția chirurgicală este efectuată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repuneri în vigoare a poliței

16. Boala Creutzfeldt-Jacob

Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care cauzează o permanentă (preconizată că va dura mai mult de o perioadă continuă de trei ani) și ireversibilă incapacitate a persoanei asigurate:

- de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție sau
- de a comunica verbal

Un diagnostic cert al bolii Creutzfeldt-Jakob trebuie pus de către un medic specialist neurolog autorizat.

Sunt excluse de la acoperirea prin asigurare encefalopatiile spongiforme de altă cauză

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

17. Encefalită

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic ce determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:
 - a) de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
 - b) de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție sau
 - c) de a comunica verbal
 - d) de a obține un scor mai mare de 15 într-un test MMSE (Mini-Mental State Examination).
- Diagnosticul disfuncției neurologice trebuie confirmat de către un medic specialist autorizat, nu mai devreme de trei luni de la infecție.

18. Boala pulmonară terminală

Condiția pentru plata indemnizației de asigurare este ca ambele următoarele criterii să fie îndeplinite simultan pentru o perioadă de cel puțin trei luni:

- Persoana asigurată primește oxigenoterapie suplimentară timp de cel puțin 15 ore pe zi;
- Valoarea presiunii parțiale de oxigen a persoanei asigurate este mai mică de 55 mmHg și trebuie determinată de către un medic specialist pneumolog autorizat.

19. Granulomatoza

- Diagnosticul trebuie confirmat prin teste clinice și de laborator, inclusiv testul de anticorpi antineutrofili citoplasmatici și descrierea detaliată a formei bolii (locală și sistemică) cu specificarea caracteristicilor clinice tipice ale bolii.
- Toate afecțiunile pulmonare (alveolare și interstițiale) cu simptome similare sunt excluse

20. Chirurgia valvelor cardiace

- Nu vor fi plătite beneficii dacă intervenția chirurgicală este efectuată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

21. Traumatism cranian

Vătămare accidentală craniocerebrală cauzată de o forță fizică externă și care are ca rezultat un deficit neurologic ce

- a) determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate
 - de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
 - de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție sau
 - de a comunica verbal
- b) determină obținerea un scor MMSE mai mic de 16.

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

22. HIV dobândit prin transfuzie de sânge

Condiția pentru plata indemnizației este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- Instituția care a efectuat transfuzia își asumă răspunderea sau există o hotărâre judecătorească definitivă care nu poate fi atacată și care stabilește această răspundere.
- Asigurătorul trebuie să aibă acces liber la toate probele de sânge și să poată obține testarea independentă a acestor probe de sânge.

Nu se va plăti o despăgubire în oricare dintre următoarele cazuri:

- Infecția are orice altă cauză, inclusiv infecția ca urmare a activității sexuale sau a consumului de droguri intravenos;
- Persoana asigurată suferă de hemofilie;
- Descoperirea unui remediu medical contra HIV.

23. HIV dobândit prin desfășurarea ocupației

Nu se va plăti Indemnizația de asigurare în oricare dintre următoarele cazuri:

- Infecția are orice altă cauză, inclusiv infecția ca urmare a activității sexuale sau a consumului de droguri intravenos.
- Descoperirea unui remediu medical contra HIV.

24. Alveolită fibrozantă idiopatică

- Sunt excluse toate afecțiunile pulmonare și ale țesutului interstițial cu simptome similare.

25. Insuficiență renală

- Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist nefrolog autorizat.

26. Pierderea auzului

- Acest diagnostic trebuie confirmat de un medic specialist ORL autorizat.
- Nu se va plăti indemnizația dacă, în opinia medicală generală, există un dispozitiv, implant, tratament sau orice alt mijloc ce poate îmbunătăți capacitatea de auz, astfel încât stimulii acustici sub 90 de decibeli să poată fi percepuți.

27. Pierderea membrilor

- Pierderea completă și permanentă a funcției a două sau mai multe membre sau pierderea completă a două sau mai multe membre deasupra încheieturii mâinii sau gleznei prin accident sau boală.

28. Mutism

- Nu se va plăti indemnizația dacă, în opinia medicală generală, există un dispozitiv, implant, tratament sau orice alt mijloc ce poate duce la restabilirea parțială sau totală a vorbirii. Sunt excluse toate cauzele psihiatrice legate de mutism

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

29. Nefrita lupică

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- Diagnosticul este stabilit printr-o biopsie renală;
- Stadializarea corespunde cel puțin clasei a III-a din Clasificarea ISN/ RPS (Societatea Internațională de Nefrologie/ Societatea de Patologie Renală, din 2016);
- Diagnosticul a fost confirmat de către un medic specialist nefrolog autorizat

30. Boala de neuron motor

- Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței

31. Scleroza multiplă

- Scleroza multiplă trebuie să aibă ca rezultat o afectare neurologică permanentă și ireversibilă care corespunde unei valori de cel puțin 4,5 din Scala extinsă a stării de dizabilitate (din 2016).
- Diagnosticul de scleroză multiplă trebuie confirmat de către un medic specialist neurolog autorizat.
- Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

32. Distrofia musculară

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii să fie îndeplinite:

- Slăbiciunea și distrucția musculară nu sunt cauzate de boli ale sistemul nervos.
- Boala trebuie să provoace incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate de a se deplasa 200 de metri dintr-o singură mișcare pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență

33. Miocardita

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- Frația de ejecție a ventriculului stâng trebuie să fie mai mică de 30%;
- Boala trebuie tratată în spital pentru o perioadă de cel puțin trei săptămâni;
- La trei luni de la diagnosticul inițial de miocardită cu 30% fracție de ejecție, fracția de ejecție trebuie să se mențină mai mică de 40%.

34. Transplantul de organe

- Transplantul autolog și transplantul oricăror alte organe decât cele de mai sus, părți de organe (cu excepția lobului ficatului), țesuturi sau celule sunt excluse

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

35. Paralizia

- Pierderea totală și ireversibilă a funcției musculare integral în oricare două membre, produsă prin accident sau boală

36. Boala Parkinson

Condiția pentru plata indemnizației este ca toate următoarele criterii să fie îndeplinite:

- Boala Parkinson idiopatică trebuie să fie diagnosticată fără echivoc de către un medic specialist neurolog autorizat. Prin urmare, toate diagnosticele diferențiale posibile trebuie excluse în mod explicit.
- Boala prezintă semne de afectare progresivă.
- Boala nu poate fi controlată cu medicamente.
- Boala trebuie să provoace un deficit neurologic care are ca rezultat o afectare permanentă și ireversibilă a mersului, caracteristică bolii Parkinson.

Cauzele Parkinsonismului induse de alcool, de medicamente/ droguri sau substanțe toxice și simptomele de tip Parkinson cauzate de deteriorarea vaselor sunt excluse

37. Pierderea parțială a membrelor

- Pierderea fizică totală a tuturor degetelor ambelor mâini, ambelor picioare sau a tuturor degetelor unei mâini și ale unui picior

38. Poliomielita

- Infecția cu poliovirus care conduce la paralizie, evidențiată prin afectarea funcției motorii sau slăbiciune a mușchilor implicați în respirație.
- Acesta trebuie diagnosticat pe o perioadă continuă de cel puțin 90 de zile de către un medic specialist neurolog autorizat.

39. Politraumatism

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- Politraumatismul are o severitate de cel puțin 16 puncte conform ISS (Injury Severity Score, din 2016).
- Cel puțin două regiuni ale corpului sunt afectate, conform clasificării ISS.

40. Scleroza laterală primară

Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție.

Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

41. Hipertensiune arterială pulmonară primară

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- Clasificare permanentă și ireversibilă în Clasa IV NYHA (New York Heart Association, Stand 2016) cu dispnee de repaus;
- Presiunea pulmonară medie trebuie să fie mai mare de 30 mm Hg pentru o perioadă de cel puțin șase luni. Pentru demonstrarea acestui criteriu, la începutul și la sfârșitul acestei perioade de șase luni trebuie introdus un cateter intracardiac.

Este exclusă hipertensiunea arterială pulmonară rezultată din alte cauze

42. Paralizia bulbară progresivă

- Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței

43. Sclerodermia progresivă (sistemică)

Pentru definiția de mai sus, următoarele nu sunt acoperite:

- Sclerodermie localizată (sclerodermie liniară sau morfee);
- Fasceita eozinofilică;
- Sindromul CREST.

Diagnosticul trebuie susținut fără echivoc de biopsie și dovezi serologice, iar afecțiunea trebuie să fi atins proporții sistemice pentru a implica inima, plămânii sau rinichii.

44. Paralizia supranucleară progresivă

Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate.

- de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
 - de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție
- Diagnosticul PSP, bazat pe CT, RMN sau tehnici similare de imagistică adecvate, trebuie confirmat de un medic specialist neurolog autorizat.

45. Paralizia pseudobulbară

Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție

Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

46. Poliartrita reumatoidă

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- Asiguratul se află în incapacitate permanentă și ireversibilă de a desfășura cel puțin două din cele șase activități ale vieții cotidiene, conform anexei de mai jos;
- Asiguratul a primit tratament optim cu medicamente modificatoare de boală (inclusiv terapii biologice, dacă este indicat) pentru o perioadă de cel puțin trei luni;
- Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist reumatolog autorizat.

47. Deficitul sever de vedere

Condiția pentru plata indemnizației este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- Acuitatea vizuală corectată a ochiului cu deficit mai puțin sever trebuie să fie mai mică de 6/60 sau trebuie să existe o restricție a câmpului vizual la mai puțin de 20° pentru fiecare ochi;
- Diagnosticul trebuie confirmat de către un medic specialist oftalmolog autorizat.

Nu se va plăti Indemnizația de asigurare dacă, în opinia medicală generală, există un dispozitiv, implant, tratament sau orice alt mijloc ce poate duce la restabilirea parțială sau totală a vederii

48. Atrofia musculară spinală

Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție.

Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței

49. Arsurile de gradul trei

- Leziuni tisulare cauzate de agenți termici, chimici sau electrice care provoacă arsuri de gradul al treilea, sau arsuri ce implică toate straturile pielii și țesuturile de sub piele, pe cel puțin 20% din suprafața corpului, măsurată de Regula celor Nouă sau Diagrama suprafeței corporale Lund și Browder

50. Colita ulcerativă

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- Ca parte a tratamentului acestei boli, a fost efectuată o îndepărtare completă a intestinului gros sau a fost creată o fistulă artificială pentru evacuare;
- Diagnosticul bolii este susținut de dovezi histopatologice

EXCLUDERI

Excluderi specifice– conditii pentru plata indemnizatiei

Afectiuni grave

51. Meningoencefalita / boala Lyme cauzată de mușcătura de căpușă

Simptomele bolii trebuie să apară în cele 3 luni ce urmează mușcăturii de căpușă. Diagnosticul meningoencefalitei de primăvară-vară și bolii Lyme trebuie să se bazeze pe următoarele criterii:

- Meningoencefalita de primăvară-vară: Encefalită și/sau meningită cauzate de arbovirusuri specifice. Transmiterea se face de obicei prin căpușe în zonele endemic general cunoscute.

Diagnosticul trebuie să se bazeze pe:

- 1) mușcătură de căpușă dovedită anamnetic;
 - 2) dovada unei infecții recente, evidențiată de anticorpii Meningoencefalitei de primăvară-vară și IgM;
 - 3) tratamentul meningoencefalitei într-un dispensar sau ambulatoriu;
 - 4) dovada sechelelor neurologice și/sau psihiatrice severe cauzate de Meningoencefalita de primăvară-vară, așa cum este documentată și confirmată de către un medic specialist autorizat;
 - 5) vizită prealabilă într-o zonă endemică
- Boala Lyme: O boală infecțioasă bacteriană, inflamatorie, cu manifestări cutanate, neurologice, cardiace și articulare.

Diagnosticul trebuie să se bazeze pe:

- 1) istoric confirmat de mușcătură de căpușă;
- 2) dovada fara echivoc a existenței infecției cu *Borrelia burgdorferi*;
- 3) dovada unei infecții recente, evidențiată de anticorpi specifici (IgM și IgG);
- 4) confirmarea simptomelor și a severității de către un medic specialist;
- 5) dovada sechelelor severe cauzate de boala Lyme confirmată de către un medic specialist autorizat.

Recuperarea medicala din orice cauza (boala sau accident)

- ✓ Recuperarea medicala necesară pentru a trata anomaliile congenitale sau complicațiile/bolile datorate anomaliilor congenitale;
- ✓ Recuperarea medicala care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Persoanei Asigurate și care, în opinia Asiguratorului, nu este necesară pentru tratarea unei afecțiuni sau a unei vătămări;
- ✓ Recuperare medicala după chirurgia plastică sau reparatorie în scop estetic, obezitate, reîntinerire, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură
- ✓ Recuperarea medicală pre și post partum
- ✓ Recuperarea medicală pentru disfuncțiile sexuale
- ✓ Recuperarea medicală ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri cauzate de consumul de alcool
- ✓ Contravaloarea dispozitivelor de protezare sau ortototice, fotolii rulante, benzi kinesiologice și aplicarea tehnologiei avansate de Reabilitare, terapii alternative și complementare, kinesiologie, kinetoterapia/masajul de întreținere etc

ANUNȚAREA EVENIMENTULUI ASIGURAT

Se va deschide dosarul de despăgubire în vederea încasării indemnizației de asigurare.

Formularul de despăgubire poate fi găsit pe website, prin apel la 021 9191 sau se pot folosi următoarele adrese de e-mail : info@brdasigurari.ro si brdav_despagubiri@brd.ro .

Documentele necesare despăgubirii

În termen de 30 zile de la producerea riscului asigurat, Asiguratul/ Beneficiarul sau orice persoană ce prezintă interes în obținerea indemnizației de asigurare trebuie să depună la Asigurător o cerere de despăgubire.

Documentele necesare despăgubirii atât pentru acoperirea obligatorie, decesul, cât și pentru riscurile în caz de supraviețuire:



- Copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea sau al beneficiarului, dacă este diferit de solicitant;
- Cererea de despăgubire;
- Adeverință de membru emisă de sindicat;
- Documente de atestare a calității eventualului reprezentant sau împuternicit legal al Beneficiarului;
- Copie legalizată a certificatului de moștenitor și copia legalizată a certificatului de deces;
- Copia certificatului medical constatator al decesului sau alt document oficial care să ateste cauza decesului Asiguratului;
- Copiile documentelor medicale doveditoare, în caz de deces din îmbolnăvire;
- Copia raportului poliției privind circumstanțele de producere a accidentului sau proces verbal de constatare;
- Extras de cont pe care să fie vizibil numărul IBAN și numele beneficiarului.

După caz, Asiguratorul poate solicita și alte documente , luând în considerare specificitatea fiecărui caz de despăgubire (precum: evoluția bolii cauzatoare, fișa medicală personală de la medicul de familie, decizia judecătorească privind declararea decesului sau a dispariției)

În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea tuturor documentelor solicitate, în urma analizei acestora, Asiguratorul va anunța decizia privind despăgubirea.

**TU ESTI
VIITORUL**



BRD

Asigurări de Viață

GROUPE SOCIETE GENERALE