

APROBAT  
prin Ordinul Președintelui Consiliului  
al Companiei „Intact Asigurări Generale” S.A.  
nr. 12/CSIM din 08.04.2024



Președinte al Consiliului

Tomuleț Călin

## **Clasa 02 „Asigurările de sănătate”**

*condiții de asigurare medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate*

**Articolul I. NOȚIUNI PRINCIPALE**

**Articolul II. OBIECTUL ASIGURĂRII**

**Articolul III. SUBIECȚII ASIGURĂRII**

**Articolul IV. RISCURILE ȘI CAZURILE ASIGURATE**

**Articolul V. CONTRACTUL ȘI POLIȚA DE ASIGURARE**

**Articolul VI. SUMA ASIGURATĂ, TERITORIUL DE ACȚIUNE ȘI PRIMA DE ASIGURARE**

**Articolul VII. CHELTUIELILE COMPENSATE DE ASIGURĂTOR**

**Articolul VIII. TEMEIUL DE EXONERARE DE RĂSPUNDERE A ASIGURĂTORULUI**

**Articolul IX. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR**

**Articolul X. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI ÎN CAZUL SURVENIRII EVENIMENTULUI ASIGURAT**

**Articolul XI. MODUL ȘI CONDIȚIILE DE PLATĂ A DESPĂGUBIRILOR DE ASIGURARE**

**Articolul XII. DREPTUL DE REGRES**

**Articolul XIII. COMUNICAREA ȘI SOLUȚIONAREA LITIGIILOR**

**Articolul XIV. DISPOZIȚII FINALE**

### **Anexe:**

*Anexa 1 Cerere de asigurare;*

*Anexa 2 Contractul de asigurare;*

*Anexa 3 Polița de asigurare;*

*Anexa 4 Tarifele de asigurare;*

*Anexa 5 Structura taxelor tarifare.*



## PREAMBUL

Prezentele Condiții de asigurare medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate (în continuare – Condiții de asigurare) sunt elaborate în corespundere cu Legea Republicii Moldova cu privire la asigurări nr. 92 din 07.04.2022, Codul Civil al Republicii Moldova în redacția din 01.03.2019, alte acte normative în vigoare și regulamentele interne ale Companiei "Intact Asigurări Generale" S.A.

Prezentele Condiții de asigurare sunt parte integrantă a Contractului de asigurare medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate. Contractul de asigurare poate fi completat sau modificat atât la etapa de încheiere cât și pe durata valabilității acestuia prin acordul comun al părților, care nu contravin actelor normative în vigoare și prezentelor Condiții.

### Articolul I. NOȚIUNI PRINCIPALE

***În sensul prezentelor Condiții de asigurare, următoarele noțiuni principale semnifică:***

1.1. **Asigurător** - este persoană juridică înregistrată în Republica Moldova, Compania de Asigurări „Intact Asigurări Generale” S.A., care deține dreptul de a desfășura activitatea de asigurare în baza licenței eliberate în corespundere cu legislația în vigoare. Asigurătorul, în schimbul primei de asigurare încasate, își asumă obligația să acopere prin asigurare riscurile determinate în prezentele Condiții.

1.2. **Asigurat** - persoană fizică identificată în polița de asigurare, cu domiciliul sau reședința permanentă în Republica Moldova, în favoarea căreia este încheiat contractul de asigurare.

1.3. **Accident** - evenimentul subit (întâmplător), generat de un factor mecanic sau chimic, provenit din afară în lipsa voinței Asiguratului, care are ca efect vătămarea corporală, detectabilă din punct de vedere medical, dizabilitatea (invaliditatea) sau decesul Asiguratului.

1.4. **Afecțiune preexistentă** - orice boală, vătămare/rănire din accident sau altă stare medicală a Asiguratului, diagnosticată ca atare de către un medic, prezentă anterior încheierii poliței de asigurare și/sau începerii călătoriei, cu excepția afecțiunilor acute care au fost vindecate în totalitate.

1.5. **Beneficiarul asigurării** - persoana îndreptățită să încaseze despăgubirea de asigurare, sau succesorul/rii în cazul decesului Asiguratului. În cazul în care există mai mulți beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra cotei-părți din suma asigurată.

1.6. **Boală cronică** - afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi/complicații/recidive frecvente, necesitând îngrijiri medicale paliative sau monitorizare repetată. În această categorie nu se includ (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă) următoarele boli: diabetul zaharat, hepatita cronică, pancreatită cronică, poliartrită reumatoidă, insuficiență cardiacă, insuficiență renală, poliartrită reumatoidă, bronhopatia cronică obstructivă, cât și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punctul de vedere al evoluției clinice

1.7. **Caz asigurat** - risc asigurat, prevăzut în contractul de asigurare, a cărui producere conferă Asiguratului dreptul de a fi despăgubit de către Asigurător și care este produs efectiv în perioada de valabilitate a contractului dintr-o întâmplare imprevizibilă, violentă și externă (accident) sau îmbolnăvire acută (subită), care necesită asistență medicală urgentă în condiții de policlinică sau staționar, precum și decesul Asiguratului. Ca urmare a producerii acestor evenimente, rezultă obligația Asigurătorului de a plăti despăgubirea sau suma asigurată.

1.8. **Contract de asigurare** - este un acord prin care o parte (Asigurat) se obligă să plătească celeilalte părți (Asigurător) prima de asigurare, iar Asigurătorul se obligă la plata indemnizației de asigurare în cazul producerea riscului prevăzut în baza și în limitele contractului de asigurare, în interiorul perioadei de asigurare. Contractul de asigurare se încheie în scris, în baza cererii de asigurare.

1.9. **Contractant** - persoana fizică sau persoană juridică, care a încheiat cu Asigurătorul Contractul de asigurare și a executat obligația de plată a primei de asigurare. Contractantul poate fi în același timp și Asigurat.

1.10. **Cerere de asigurare** - formular tip, completat de către solicitantul asigurării, depus



Asigurătorului la etapa pre – contractuală, utilizat în scopul evaluării riscului de asigurat (anexa nr. 1).

1.11. **Compania de asistență** - Compania, care are un contract de colaborare cu Asigurătorul și care acordă Asiguratului asistență organizatorică și de altă natură în toată lumea, cu excepția țării traiului permanent al acestuia, în volumul serviciilor, prevăzute în contractul de asigurare.

1.12. **Despăgubirea de asigurare** sumă datorată sau plătită de către societatea de asigurare asiguratului, beneficiarului asigurării sau unui terț pagubit în vederea compensării pagubei produse de cazul asigurat, în limitele prevăzute de contractul de asigurare.

1.13. **Îndemnizația de asigurare** - sumă datorată sau plătită de către societatea de asigurare persoanei asigurate/beneficiarului asigurării și terțului pagubit la producerea riscului prevăzut în baza și în limitele contractului de asigurare.

1.14. **Maladie subită** - maladie sau îmbolnăvire acută, apărută pe neașteptate în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, care pune în pericol viața sau sănătatea Asiguratului și necesită asistență medicală de urgență, care nu poate fi amânată până la întoarcerea Asiguratului în patrie (țara domiciliului permanent);

1.15. **Extensie:** În accepțiunea prezentelor Condiții, riscul survenit în momentul conducerii autovehiculului, „accident” se consideră coliziunea a două sau mai multe autovehicule, produsă pe drumurile publice sau ciocnirea acestora cu un alt obstacol, răsturnarea, deraparea, incendiul, care au ca efect vătămarea corporală sau decesul Asiguratului peste hotarele Republicii Moldova.

1.16. **Perioada de asigurare** - intervalul de timp exprimat în zile, înscris în Polița/Contract, pe parcursul căruia Asigurătorul preia răspunderea producerii riscului asigurat. Perioada de asigurare este valabilă dacă validitatea Contractului nu este sistată, iar prima de asigurare a fost achitată integral.

1.17. **Risc asigurat** - fenomen, eveniment sau grup de fenomene sau evenimente viitoare, posibile, dar incerte prevăzute în contractul de asigurare, care odată produse, pot genera prejudicii vieții, sănătății Asiguratului și în legătură cu producerea cărora apar obligațiile contractuale ale Părților.

1.18. **Repatriere** - reîntoarcerea (transportarea) Persoanei asigurate în caz de maladie, accident, sau transportarea corpului neînsuflit al Asiguratului (în caz de deces), din străinătate până la cel mai apropiat aeroport, port, gară unde acesta își are domiciliul permanent.

1.19. **Sumă asigurată** – limita maximă de răspundere a Asigurătorului pentru riscurile asigurare produse în străinătate în Perioada de asigurare, incluzând cheltuielile de repatriere medicală, repatrierea post-mortem sau înhumarea peste hotare, stabilită în valuta și indicată în Polița/Contract de asigurare.

1.20. **Sublimită** - sumă stabilită pentru anumite servicii și/sau costuri/cheltuieli asigurate nominalizate în mod expres în prezentele Condiții de asigurare, care reprezintă maximul răspunderii Asigurătorului în cazul acordării serviciului respectiv.

1.21. **Primă de asigurare** – sumă pe care contractantul este obligat să o plătească societății de asigurare la eliberarea unei polițe de asigurare, în modul și în termenul prevăzute de contractul de asigurare, în schimbul acoperirii de către societatea de asigurare a riscului asigurat.

1.22. **Țara (teritoriul) de aflare, statul străin** - statul, pe teritoriul căruia Asiguratul (Persoana asigurată) nu locuiește permanent, altul decât cel de origine.

## Articolul II. OBIECTUL ASIGURĂRII

2.1. Obiectul asigurării îl constituie interesele patrimoniale ale Asiguratului, ce nu contravin legislației Republicii Moldova, corelate cu viața și sănătatea acestuia, precum și de cheltuieli neprevăzute pentru tratamentul medical, suportate de Asigurat, în urma unei maladii subite și/sau unui accident survenit în perioada aflării temporare a acestuia peste hotare țării.

2.2. Asigurătorul, în baza prezentelor Condiții de asigurare, încheie contracte de asigurare medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate și achită indemnizația/despăgubirea de asigurare în corespundere cu clauzele contractuale în cazul survenirii riscului asigurat.

2.3. Riscul asigurat apare odată cu îmbolnăvirea acută, care pune în pericol viața Asiguratului și necesită asistență medicală de urgență și se încheie în acel moment, în care, conform indicațiilor medicale, necesitatea tratamentului dispăre.

## Articolul III. SUBIECTII ASIGURĂRII



***(inclusiv admisibilități și interdicții la încheierea contractelor de asigurare)***

3.1. În baza prezentelor Condiții de asigurare, Asigurătorul (Compania „Intact Asigurări Generale” S.A.), încheie cu persoanele juridice și persoanele fizice contractele de asigurare medicală pentru persoanele care călătoresc în străinătate (în continuare – contractele de asigurare), în favoarea persoanelor fizice.

3.2. Asigurați pot fi persoanele fizice, cu condiția să nu fie cetățeni ai țării vizitate (teritoriul asigurat), având domiciliul sau reședința permanentă în Republica Moldova, inclusiv apatrizii.

3.3. Contractul de asigurare poate fi încheiat de persoane fizice sau juridice (contractant) în favoarea unor terțe persoane fizice, cu identificarea expresă a acestora (asigurați). În asemenea cazuri, contractantul este în drept să solicite eliberarea Contractului cât și a poliței de asigurare, iar calitatea de beneficiar revine doar persoanei asigurate.

3.4. Asigurarea cetățenilor în vârstă de peste 65 ani se permite numai cu aplicarea majorării respective a primei de asigurare în conformitate cu politica tarifară a Asigurătorului, contrar contractul este nul.

**Excluderi:** Asigurătorul nu încheie Contracte de asigurare în favoarea persoanelor, care la momentul perfectării Contractului:

- se află în stare de arest sau se află în detenție.
- se află la tratament în condiții de ambulatoriu / staționar;
- se află la evidență în dispensarele necrologice, psihoneurologice;
- se află în serviciu militar în termen;
- declarate ca dispărute în modul stabilit de legislație.
- pentru persoanele, care pleacă în țara străină pentru domiciliu permanent;

**Articolul IV. RISCURILE ȘI CAZURILE ASIGURATE**

4.1. Drept riscuri asigurate în baza prezentelor Condiții de asigurare sunt recunoscute evenimentele, care s-au produs, în afara teritoriului Republicii Moldova și a țării în care Asiguratul / beneficiarul asigurării are domiciliul stabil/permanent (cazurile de dubla cetățenie), în interiorul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare:

**4.1.1. Asigurarea cheltuielilor medicale (Categorii riscului A)**

Asigurătorul acoperă costurile necesare acordării în regim de urgență a asistenței medicale în cazurile de îmbolnăvire acută, subită, care pune în pericol viața și sănătatea Asiguratului și care necesită asistența medicală de urgență, în limitele sumei de asigurare după cum urmează:

a) cheltuieli pentru tratamentul ambulatoriu și/sau staționar, și anume:

- transportarea o singură dată a persoanei asigurate de către o unitate de specialitate la cel mai apropiat punct de asistență medicală urgentă;
- consultație și diagnosticare;
- tratament, medicamente și materialului de pansament prescrise de medic;
- reanimarea, intervențiile chirurgicale, inclusiv asistarea, anestezia și utilizarea sălii de operații.
- aflarea în staționar pe termen de 7 zile, inclusiv cheltuielile pentru alimentație, internare și onorarul medicului și personalului medical inferior;
- servicii de radiologie;
- tratament dentar acordat ca urmare a unui accident sau a unei crize acute, până în limita sumei de 250 EUR;
- în cazul acutizării maladiilor cronice, ori a unor stări patologice preexistente, cheltuielile de asistență medicală de urgență pentru înlăturarea pericolului asupra vieții, sau diminuarea durerilor acute, urmează a fi compensate în limita sumei de 750 EUR, în asemenea cazuri, cheltuielile pentru transportare și repatriere nu se compensează;

b) cheltuieli legate de repatrierea Persoanei asigurate care includ:

- cheltuieli pentru transportarea necesară sub aspect medical și prescrisă expres de medic, a persoanei asigurate, până la cel mai apropiat aeroport, port, gară din țara unde acesta își are domiciliul permanent, în cazul în care nu poate fi garantată acordarea unei asistențe medicale



adecvate în apropiere rezonabilă de locul de aflare a lui în străinătate. În fiecare caz decizia privind selectarea mijlocului de transport este adoptată în comun de către Compania de asistență, Asigurător și medicul care efectuează tratamentul în țara de ședere;

c) cheltuielile de transportare a corpului neînsuflețit al Persoanei asigurate până la cel mai apropiat aeroport, port, gară din țara unde acesta își are domiciliul permanent (inclusiv cheltuielile în vederea pregătirii corpului și achiziționării sicriului necesar transportării internaționale) în limita:

- 3000 EUR din Ucraina, Bielorusia, Federația Rusa, Armenia, Georgia, Azerbaidjan, Turkmenia, Tadjikistan, Kârgâzstan, Kazakhstan;
- 5000 EUR/USD din țările Spațiului Schengen și/sau Uniunea Europeană;
- 7000 EUR/USD alte țări;

#### 4.1.2. Asigurarea cheltuielilor medicale și riscuri suplimentare (Categorii A și B)

În condițiile categoriei „B” asiguratorul acoperă costurile de asigurare potrivit categoriei „A” și suplimentar condițiile de asigurare pentru cheltuieli neprevăzute. Caz asigurat sînt cheltuielile suplimentare (neprevăzute) ale Asiguratului (Persoanei asigurate) în afara țării traiului permanent, legate de îmbolnăvire acută și (sau) un accident, reîntoarcerea înainte de termen a Asiguratului (Persoanei asigurate sau copilului) în țara traiului permanent în legătură cu internare în spital a Asiguratului sau în legătură cu decesul unei rude apropiate, care a avut loc în perioada de acțiune a contractului de asigurare.

a) Asigurătorul în limitele sumei de asigurare achită cheltuielile suplimentare pentru:

- pentru întoarcerea acasă a copiilor în vîrstă de până la 15 ani, care se aflau cu Persoana asigurată în țara de aflare, în caz de internare în spital a Persoanei asigurate. În același timp Asigurătorul își rezervă dreptul utilizării biletelor și în caz de necesitate achită suplimentar pentru utilizarea lor înainte de termen;
- pentru achitarea biletului tur retur rudei apropiate a Persoanei asigurate, dacă Persoana asigurată se află în spital mai mult de 10 zile și nu este însoțită de nici un membru al familiei;

### Articolul V. CONTRACTUL ȘI POLIȚA DE ASIGURARE

5.1. Contractul de asigurare reprezintă un acord între Asigurat și Asigurător, unde asiguratul se obligă la plata primei de asigurare prevăzute, iar Asiguratorul la survenirea cazului asigurat, să achite despăgubirea de asigurare în limitele sumelor stabilite.

5.2. Contractul de asigurare se încheie în baza cererii scrise a Asiguratului (Contractantului), în care sunt indicate: numele și prenumele Asiguratului, data, luna și anul nașterii, adresa, numărul și seria pașaportului de stăinătate, scopul călătoriei (vizitei), data începutului asigurării, durata călătoriei (vizitei) în zile, țara vizitată, suma asigurată. Contractul de asigurare se încheie fără confirmarea medicală a stării de sănătate a Asiguratului, cu condiția ca Asiguratul să aducă la cunoștință Asigurătorului dacă are dizabilități sau boli cronice sau alte circumstanțe care pot servi temei de refuz la încheierea contractului sau plata despăgubirii/indemnizației de asigurare.

5.3. Contractul de asigurare poate fi individual sau de grup, este recunoscut grup 10 sau mai multe persoane ce călătoresc peste hotare în același timp, sunt cazate în același loc și sunt asigurate pe același termen. Corespunzător, polița de asigurare se completează pentru fiecare aparte, sau pentru grup, cu anexarea la Polița respectivă a listei persoanelor asigurate confirmată de Asigurator.

5.4. Perioada de asigurare este indicată în Polița/Contract de asigurare conform cererii Contractantului /Asiguratului pe o perioadă care nu poate fi mai mica de 3 zile și nu mai mare de 1 an. Perioada de asigurare începe numai după plata integrală a primei de asigurare și anume la ora 00:00 a zile de început a perioadei de asigurare, dar nu mai devreme de începerea călătoriei, condiționat de plata primei de asigurare și emiterea Poliței/Contract.

5.5. Răspunderea Asigurătorului încetează la ora 24:00 a ultimei zile a perioadei de asigurare sau anterior acestei date, conform altor situații prevăzute în Polița/Contract.

5.6. Dacă Asiguratul în momentul încheierii contractului, nu se află pe teritoriul Republicii



Moldova, acesta va solicita în scris încheierea contractului de asigurare, doar cu acceptul Asigurătorului, în acest caz, Asigurătorul prin emiterea unui act declarativ va accepta încheierea contractului, acoperirea de asigurare începând după 5 zile din momentul semnării/validării contractului de asigurare

5.7. Pentru fiecare perioada de călătorie în străinătate poate fi încheiat doar o singură Poliță/Contract. În caz contrar, dacă Asiguratul are încheiate mai multe Polițe/Contract cu Asigurătorul, acesta va presta doar o singură dată serviciile oferite pe baza Poliței/Contract cu suma asigurată mai mare.

### **5.8. Modificarea contractului de asigurare.**

5.8.1. Dacă în perioada de acțiune a contractului de asigurare, Contractantului/Asiguratului îi devin cunoscute orice schimbări esențiale survenite ce pot influența gradul de risc sau modificări care în virtutea consecințelor produse pot majora volumul răspunderii Asigurătorului, atunci Contractantul/Asiguratul este obligat imediat să înștiințeze în scris Asigurătorul despre toate modificările survenite.

5.8.2. Modificările survenite în risc după încheierea contractului de asigurare și care majorează volumul răspunderii Asigurătorului îi oferă acestuia dreptul de a modifica condițiile de asigurare sau de a stabili o primă de asigurare suplimentară.

5.8.3. Refuzul Contractantului/Asiguratului de a modifica condițiile contractului de asigurare sau de plată a primei suplimentare îi oferă dreptul Asigurătorului de a rezoluționa contractul de asigurare, cu respectarea unui termen de preaviz de 3 zile, din momentul în care au intrat sau intră în vigoare modificările respective.

5.8.4. Orice modificare a condițiilor de asigurare, a volumului de asigurare, a perioadei de valabilitate a contractului sau în caz de modificare a primei de asigurare se va efectua prin acord scris în interiorul termenului de valabilitate a contractului cu un preaviz prealabil de 5 zile, astfel, Asigurătorul va emite o anexă la poliță. Nerespectarea termenului de preaviz, atrage după sine dreptul părții de a solicita rezoluțiunea contractului de asigurare din data presupusei modificări.

5.8.5. Dacă după încheierea contractului de asigurare se va stabili că Contractantul/Asiguratul a comunicat premeditat Asigurătorului date false despre circumstanțele riscului asigurat, Asigurătorul este în drept să refuze în plata despăgubirii de asigurare, precum și să rezoluționeze contractul de asigurare fără respectarea termenului de preaviz.

### **5.9. Rezoluțiunea contractului de asigurare.**

5.9.1 Contractul de asigurare poate fi rezoluționat de către părți prin întocmirea în scris a unei declarații de rezoluțiune notificată celeilalte părți contractante, precum și în baza hotărârii instanței de judecată rămasă definitivă și irevocabilă. Drept temei de rezoluțiune a contractului de asigurare se consideră:

- a) acordul părților;
- b) nerespectarea de către Contractant/Asigurat a termenelor de achitare a primei de asigurare sau a ratelor ulterioare a acesteia;
- c) nerespectarea de către Contractant/Asigurat a obligațiilor de informare sau omiterea menționării despre împrejurările pe care le cunoaște sau ar trebui să le cunoască importante pentru agravarea riscului.
- d) în cazul neîndeplinirii măsurii de precauție de către Contractant/Asigurat, dacă acesta nu le-a îndeplinit cu intenția de a cauza prejudiciu ori din culpă, cunoscând că există probabilitatea că prejudiciul va surveni.
- f) existența unei hotărâri judecătorești definitive și irevocabile.

5.9.2. Părțile pot solicita rezoluțiunea contractului doar respectând un termen de preaviz de 15 zile până la data propusă spre rezoluțiune.

5.9.3. Dacă asiguratul, în baza unei clauze contractuale privind actualizarea primei de asigurare, mărește cuantumul acesteia, contractantul are dreptul la rezoluțiunea asigurării, cu respectarea termenului de preaviz de o lună (dacă contractul este pentru o perioadă mai mare de 30 zile).



5.9.4. În cazul unei agravări a riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul la rezoluțiunea asigurării, prin notificare adresată contractantului, în termen de o lună din momentul în care asiguratorul a cunoscut agravarea sau indiciile ei. Dacă a avut loc o reducere esențială a riscului asigurat, Contractantul/Asiguratul are dreptul să ceară reducerea proporțională a primei pentru perioada de asigurare rămasă. Dacă părțile nu pot conveni asupra unei reduceri proporționale timp de o lună de la recepționarea cererii de către asigurator, Contractantul/Asiguratul are dreptul la rezoluțiunea asigurării. Contractantul/Asiguratul este decăzut din dreptul la rezoluțiune dacă nu îl exercită în termen de 2 luni de la recepționarea cererii de către Asigurator.

5.9.5. În cazul rezoluțiunii asigurării, Asigurătorul are dreptul la prima care se atribuie perioadei de asigurare care a curs efectiv înainte de data rezoluțiunii. Cu toate acestea, în cazul rezoluțiunii asigurării, Asigurătorul păstrează prima pentru întreaga perioadă de asigurare dacă un caz de asigurare s-a produs, iar Asigurătorul datorează despăgubire de asigurare sau, după caz, indemnizație de asigurare.

5.9.6. În cazul în care rezoluțiunea s-a produs din cauza neexecutării fără justificare a obligației uneia din părți, dreptul celeilalte părți la repararea prejudiciului rămâne neafectat. În special, în acest caz, Asigurătorul poate cere rambursarea sau, după caz, poate reține cheltuielile de gestiune chiar dacă perioada de asigurare nu a curs ori a fost suspendată, precum și, poate cere dobândă de întârziere sau penalitate asupra sumelor la care are dreptul după rezoluțiune (în condițiile prevăzute la art. 942 Codul Civil al Republicii Moldova Nr. 1107 din 06-06-2002 Republicat în Monitorul Oficial nr.66-75 din 01.03.2019 art.132)

5.9.7. Rezoluțiunea asigurării nu stinge obligația Asigurătorului aferentă unui caz asigurat produs în interiorul perioadei de asigurare care a curs efectiv înainte de data rezoluțiunii.

5.9.8. Prin efectul rezoluțiunii se sting obligațiile nestinse rezultate din contract sau partea relevantă a acestor obligații, respectiv drept consecință încetează protecția din asigurare de la data rezoluțiunii și urmează restituirea de către Asigurator a primelor de asigurare pentru perioada neexpirată a contractului, cu reținerea cheltuielilor de gestiune.

#### **5.10. Nulitatea contractului de asigurare.**

5.10.1. Polița/Contract este lovită de nulitate absolută în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință (doi) de către Asigurat sau Contractant cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurator, l-ar fi determinat nu încheie Polița/Contract în general sau să nu o încheie în condițiile respective, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii riscului asigurat. Primele de asigurare plătite rămân dobândite de Asigurator care, de asemenea, poate cere și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate;

5.10.2. Invocarea, declararea nulității contractului de asigurare, precum și consecințele declarării nulității, este reglementată prin Capitolul III, Cartea Întâi din Codul Civil (art. 327 - 343) al Republicii Moldova.

#### **5.11. Încetarea contractului de asigurare**

5.11.1 Răspunderea Asiguratorului încetează la ora 24:00 a ultimei zile a perioadei de asigurare sau anterior acestei date, conform altor situații prevăzute în Polița/Contract

5.11.2 Contractul de asigurare încetează prin revocare, rezoluțiune, expirare și alte cazuri prevăzute de legislație.

## **VI. SUMA ASIGURATĂ, TERITORIUL DE ACȚIUNE ȘI PRIMA DE ASIGURARE**

6.1. Asigurarea este valabilă din ziua indicată în Polița de asigurare (începutul asigurării), dar își produce efectele nu mai devreme de data plecării (trecerii frontierei țării domiciliului permanent) în străinătate și nu mai devreme de achitarea integrală a primei de asigurare sau a primei rate a primei de asigurare. Contractul de asigurare este valabil pentru perioada indicată în Polița de asigurare și numai în timpul aflării peste hotare. Pentru cazurile de asigurare, produse până la începutul asigurării, despăgubiri nu se acordă.

6.2. Asigurarea este valabilă în afara hotarelor Republicii Moldova, conform destinației



menționate în polița de asigurare. Asigurarea nu este valabilă în țara în care asiguratul este rezident, excepție fiind cazul de dublă cetățenie – a Republicii Moldova și a României, în acest caz sunt acoperite inclusiv riscurile asigurate produse pe teritoriul României.

6.3. Numărul intrărilor și ieșirilor din/în țara poate fi nelimitat (multiviza) și este stabilit în rubrica «perioada de ședere», care se indică în polița. Asiguratul va achita despăgubire de asigurare în cazul producerii riscului asigurat doar în perioada valabilității contractului.

6.4. Dacă urmările cazului asigurat nu au fost lichidate până la expirarea termenului asigurării, iar Asiguratul, conform indicațiilor medicale nu poate fi supus transportării din cauza îmbolnăvirii sau urmărilor accidentului, Asigurătorul va achita, în limita sumei asigurate stipulată în Poliță, suplimentar despăgubirea pentru cazul de asigurare dat, pe o perioadă ce nu depășește 7 de zile din momentul expirării termenului de asigurare indicat în Poliță/ contractul de asigurare. Prima suplimentară pentru prelungirea asigurării în asemenea cazuri nu se achită.

6.5. Termenul asigurării se stabilește în Polița/ contractul de asigurare. În caz de deces al Contractantului, contractul de asigurare rămâne valabil în raport cu persoanele incluse în poliță (Asigurații), care au dreptul să primească despăgubiri sau suma asigurată.

6.6. Suma asigurată în limita căreia Asigurătorul acordă despăgubiri este determinată în contractul de asigurare (polița), în baza căreia se stabilește mărimea primei de asigurare și a despăgubirii de asigurare.

6.7. Quantumul primei de asigurare se calculează pornind de la riscurile selectate de Asigurat, suma asigurată, termenul de asigurare, țara de aflare, vârsta Asiguratului (Persoanei asigurate), precum și alți factori, care influențează gradul riscului de asigurare în conformitate cu Tabelul tarifelor de asigurare, aprobat de Asigurător.

6.8. Prima de asigurare poate fi achitată integral sau în rate plătibile la termenele scadente prevăzute în contract conform negocierii părților, în numerar sau prin virament. Prima de asigurare în numerar se achită la momentul încheierii contractului. În caz de achitare a primei de asigurare prin virament, Polița de asigurare se eliberează numai după prezentarea copieii dispoziției de plată, confirmată prin ștampila băncii plătitoare. La achitarea primei de asigurare sau a primei rate a acesteia, Asigurătorul va elibera Asiguratului (Contractantului) un exemplar al Poliței de asigurare.

6.9. Quantumul primei de asigurare este calculat, în baza politicii tarifare a Asigurătorului, în EUR/USD și se achită în lei (MDL) la cursul oficial de schimb valutar, stabilit de B.N.M. la data achitării.

6.10. Prima de asigurare sau prima rată a acesteia se achită până la începerea perioadei de asigurare, iar ratele ulterioare până la datele scadente menționate în contract. În cazul în care, prima de asigurare sau prima rată nu este achitată în termen de 3 zile lucrătoare de la scadență sau ratele ulterioare nu se achită în termen de 2 săptămâni de la scadență, se produce rezoluțiunea de plin drept a contractului de asigurare de la data scadenței.

6.11. Asigurătorul poate aplica coeficienți de majorare sau reducere a primei de asigurare în dependență de gradul de risc și alți factori specificați în Condițiile de asigurare.

6.12. În dependență de modificarea gradului de risc, Asigurătorul, cu acordul Asiguratului, este în drept să modifice clauzele contractului de asigurare și să solicite plata unei prime de asigurare suplimentare proporțională majorării sau reducerii gradului de risc.

6.13. Dacă Asiguratul nu este de acord cu modificarea clauzelor contractului de asigurare și plata unei prime de asigurare suplimentare, Asigurătorul este în drept să solicite rezoluțiunea contractului, fiind obligat să restituie Asiguratului primele de asigurare pentru perioada neexpirată a contractului de asigurare cu reținerea cheltuielilor de gestiune.

6.14. Teritoriul de acțiune a Contractului este teritoriul de aflare din momentul trecerii Persoanei asigurate a controlului vamal și de pașapoarte la intrarea Persoanei asigurate pe teritoriul unui stat străin până la momentul trecerii Persoanei asigurate a controlului vamal și de pașapoarte la ieșirea Persoanei asigurate din statul străin.

## **Articolul VII. CHELTUIELILE COMPENSATE DE ASIGURĂTOR**



7.1. Cazul asigurat are loc atunci când Asiguratul/ Beneficiarul asigurării pe parcursul șederii sale peste hotare se adresează după asistență medicală în caz de îmbolnăvire acută (subită) sau în cazul survenirii unui accident, precum și decesul Asiguratului, care s-a produs pe perioada de acțiune a contractului de asigurare.

7.2. Asigurătorul despăgubește daunele cauzate în urma survenirii riscului asigurat indicat în polița de asigurare, în limita sumei asigurate stabilită în contract, conform prevederilor contractului.

7.3. În conformitate cu constatarea decesului asiguratului, Asigurătorul achită Beneficiarului desemnat sau moștenitorului/rilor legal suma asigurată sau soldul acesteia.

7.4. Franșiza se stabilește prin acordul Părților și constituie cel puțin 50 USD/EUR.

7.5. Constatarea și evaluarea daunelor se fac de către Compania de asistență direct, sau după caz, de către Asigurător, inclusiv prin experți, în baza documentelor și informațiilor furnizate de Asigurat, după caz Beneficiar.

7.6. Valoarea despăgubirii convenite în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții de asigurare, nu va depăși suma asigurată și nici cuantumul prejudiciului efectiv suferit, constituit din contravaloarea cheltuielilor medicale și/sau contravaloarea cheltuielilor de repatriere cu respectarea sumei maxime a despăgubirii și/sau sublimetelor identificate expres.

7.7. Cuantumul prejudiciului astfel calculat se reduce cu orice sume recuperate de Asigurat.

7.8. Dacă plata cheltuielilor au fost suportate de Asigurat, atunci acesta va depune o cerere de despăgubire în acest sens, în decurs de maxim 30 zile după încetarea acțiunii Poliței/Contract de Asigurare.

7.9. Despăgubirea va fi plătită Asiguratului/Beneficiarului (în cazul în care nu se aplică procedura decontării directe între Compania de asistență și furnizor):

- a) în MDL la cursul de schimb Banca Națională a Moldovei de la data producerii riscului asigurat;
- b) în termen de 30 zile calendaristice de la data primirii de către Asigurător a ultimului document solicitat pentru instrumentarea dosarului.

## **Articolul VIII. TEMEIUL DE EXONERARE DE RĂSPUNDERE A ASIGURĂTORULUI**

8.1. ***Nu sunt considerate cazuri asigurate indicate mai sus, dacă ele s-au produs în rezultatul:***

8.1.1. de acțiuni militare, de instituirea stării de război sau a stării excepționale, de dezordini în masă, de acțiune a energiei nucleare, de contaminare chimică sau biologică, rebeliune, revoluție, conspirație, insurecție, răscoală, actele persoanelor răuvoitoare care acționează în numele sau în legătură cu orice organizație politică, confiscare, distrugere sau avariere din ordinul oricărui guvern de drept sau de fapt sau oricărei autorități publice, terorism, sabotaj, grevă, greve patronale, revoltă, tulburări civile și alte evenimente similare care s-au produs în țări pentru care au fost publicate de către Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene al Republicii Moldova, alerte de călătorie privind evitarea zonelor afectate;

8.1.2. reacție nucleară, radiații nucleare sau contaminare radioactivă, poluare sau contaminare din orice cauză, presiune generată de spargerea zidului sonic de către o aeronavă;

8.1.3. comiterii de către Asigurat (Persoana asigurată) sau Beneficiar a unei crime premeditate care a cauzat producerea cazului asigurat sau autocauzării intenționate de către Asigurat a leziunilor corporale;

8.1.4. sinucidere sau consecințele tentativei de sinucidere, mutilare, precum și acțiunilor premeditate, îndreptate spre agravarea sănătății proprii, cu excepția cazurilor, când Asiguratul a fost adus la o asemenea stare prin acțiunile ilicite ale terțelor persoane.

8.1.5. Acțiunile enumerate în p.8.1 se consideră confirmate în temeiul deciziei judecătorești, hotărârii organelor respective sau alte documente, ce dovedesc faptul celor comise, în modul stabilit de legislația în vigoare.

8.2. ***Asigurătorul nu compensează cheltuielile Asiguratului, ce țin de:***

- a) tratarea unor maladii cronice și urmărilor acestora, care au existat și au fost cunoscute la momentul încheierii contractului de asigurare și au necesitat tratament până la începutul perioadei de asigurare, precum și consecințele accidentelor, care s-au produs până la



plecarea Asiguratului din țara traiului permanent. Cheltuielile pentru tratarea acestor boli sunt acoperite numai în cazul, în care asistența medicală de urgență a fost necesară pentru prevenirea pericolului asupra vieții sau înlăturarea durerilor acute, în limita pct. 4.1.1, în așa cazuri cheltuielile pentru transportare și repatriere nu se compensează;

- b) tratarea tulburărilor și bolilor psihice, precum și celor pentru hipnoză și psihoterapie;
- c) tratarea consecințelor intoxicațiilor alcoolice, narcotice sau toxice în urma folosirii preparatelor medicale (concentrația de alcool de la 0,8 g/l în sânge și/sau 0,4 mg/l în aerul expirat), dacă asemenea substanțe nu au fost prescrise de medic sau starea de ebrietate sau acțiunile Asiguratului nu au influențat producerea riscului asigurat.
- d) examinări medicale generale, precum și cheltuieli pentru examinare, îngrijire sau tratament în legătură cu sarcina, întreruperea sarcinei, nașterea, avortul spontan sau terapeutic, și urmările acestora, cu excepția întreruperii sarcinei în urma accidentului sau a maladiei subite, când avortul a fost inevitabil;
- e) protezare dentală, inclusiv coronițe și ortopedia facială, măsuri de conservare și cosmetică, îndreptarea poziției dinților;
- f) cheltuielile pentru mijloace (accesorii) auxiliare (ochelari, lentilele de contact, aparate auditive, protezarea oculară, cârje, cărucior pentru invalizi, etc.);
- g) tratamentul de reabilitare, precum și pentru măsurile curative sau de alt ordin, inclusiv preparate medicinale, care nu sunt necesare pentru tratarea bolii diagnosticate. Aici se include: examinarea totală a organismului, examinări de profilaxie, atestări medicale și certificate, care nu au fost solicitate de Asigurător, vaccinări de protecție sau profilaxie, preparate medicale, care prin esență și componență sunt nutritive sau cosmetice, sau așa preparate care sunt folosite de Asigurat în scop profilactic sau din obișnuință;
- h) tratamentul ambulatoriu în instituțiile balneare. Această excepție nu acționează, în cazul când în timpul aflării temporare în stațiunea balneară a parvenit o boală acută sau a avut loc un accident, pentru tratarea urmărilor cărora a fost necesară asistența medicală de urgență;
- i) tratament și examinare prin metode sau cu preparate medicinale, care nu sunt recunoscute și aprobate conform cerințelor științei medicale;
- j) tratamentelor curative sau intervențiilor pe care Asiguratul le aplică sau care sunt aplicate asupra corpului său;
- k) tratamentul Asiguratului sau îngrijire efectuată de soț (soție), părinți sau copii;
- l) necesitatea internării Asiguratului în spital pentru îngrijire fără necesitate de acordare a asistenței medicale urgente;
- m) tratament peste hotare, dacă aceasta a fost unica cauză sau una din cauzele plecării peste hotare;
- n) tratamentul în țara cu domiciliul permanent;
- o) pagubele cauzate de incapacitatea temporară de muncă, participarea la călătorie, excursii, bronarea biletelor și hotelului etc.;
- p) tratarea bolilor venerice, SIDA, precum și altor boli provocate de HIV infecție;
- q) tratarea traumelor primite în rezultatul participării la competiții sportive și/sau practicarea de către Asigurat a tipurilor de sport cu nivelul sporit de risc (alpinism, hipism, schiuri acvatice, turism acvatic, schiuri de munte, divyng, freestyle, etc., numai dacă Asiguratul nu a informat Asigurătorul despre aceasta până la data încheierii contractului de asigurare și nu a achitat prima de asigurare suplimentară;
- r) tratarea maladiilor infecțioase, care au putut fi prevenite din timp prin vaccinare și/sau constituie urmări de încălcare a măsurilor de profilaxie-carantină, de către Asigurat;
- s) influența directă sau indirectă a radiației solare;
- t) tratamentul sau decesul Asiguratului ca urmare a accidentului de circulație în cazul în care Asiguratul nu posedă permis de conducere sau era sub influența băuturilor alcoolice, a substanțelor narcotice, toxice, sau în cazul când el cunoștea acestea, și călătorea într-un mijloc de transport auto, care era condus de o persoană fără permis de conducere sau se



- afla sub influența băuturilor alcoolice, substanțelor narcotice sau toxice;
- u) cheltuieli pentru comodități și confort suplimentar, cum ar fi: salon de 1 sau 2 paturi, televizor telefon, condiționar, serviciile de frizerie, masaj, taxi precum și serviciile medicului șef sau a unor specialiști invitați;
- v) tratarea în staționar, cheltuielile pentru transportarea sau repatrierea Asiguratului în țara cu domiciliul permanent, dacă aceasta nu a fost coordonată cu Asigurătorul sau Compania de asistență;
- w) Asigurătorul nu achită cheltuielile de înhumare a corpului.
- x) compensarea pagubelor morale.

8.3. În cazul în care tratamentul efectuat prevalează măsurile medicale necesare și cele argumentate, sau despăgubirea, la care pretinde Asiguratul nu corespunde serviciilor prestate, Asigurătorul este în drept să micșoreze suma despăgubirii până la limita rațional necesară.

8.3.1. În cazul eschivării asiguratului de la obligația enunțată în pct. 10.1.7, asiguratorul este în drept să refuze achitarea despăgubirii/indemnizației de asigurare, sau poate diminua cuantumul acesteia reieșind din actele/datele/probele considerate admisibile/veridice (ce confirmă cu certitudine situația).

8.4. În cazul când Asiguratul /Contractantul nu a respectat obligațiile prevăzute sau a prezentat informație sau acte false, Asigurătorul este în drept să rezoluționeze contractul. Dacă Asigurătorul demonstrează că Asiguratul la producerea cazului asigurat a prezentat acte, documente false, Asigurătorul este în drept să refuze total sau parțial achitarea despăgubirii în conformitate cu prezentele Condiții și legislație în vigoare.

## **Articolul IX. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR**

### **9.1. Asigurătorul are dreptul:**

- a) să verifice informațiile oferite de Asigurat la încheierea contractului de asigurare;
- b) să verifice informațiile privind costul și volumul serviciilor medicale și alte servicii acordate;
- c) să refuze Asiguratului în achitarea despăgubirii de asigurare în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare, precum și în cazul când la momentul încheierii contractului de asigurare Contractantul a prezentat intenționat informații false despre Asigurat;
- d) să declare rezoluțiunea contractului de asigurare dacă constată că la încheierea contractului a fost încălcată obligația de informare, iar asiguratorul nu ar fi încheiat contractul de asigurare dacă cunoștea acea informație, cu respectarea unui preaviz de o lună;
- e) în cazul necesității să intervină cu interpelări către organele de resort, precum și de sine stătător sau prin intermediarul Companiei de asistență să clarifice cauzele și circumstanțele cazului asigurat.

### **9.2. Asiguratul /Contractantul are dreptul:**

- a) să facă cunoștință cu prezentele Condiții de asigurare și să aleagă suma asigurată și teritoriul plecării;
- b) să primească despăgubirea de asigurare corespunzătoare la survenirea cazului asigurat;
- c) să rezoluționeze înainte de termen contractul de asigurare în corespundere cu prezentele Condiții;
- d) să primească duplicatul Contractului (Poliței) de asigurare în caz de pierdere;

9.3. **Asiguratul are dreptul la survenirea cazului asigurat**, prevăzut de prezentele Condiții de asigurare, să-i solicite Asigurătorului sau Companiei de asistență organizarea (prestarea) serviciilor conform Poliței/ contractului de asigurare și, după prezentarea documentelor necesare, să primească despăgubirea de asigurare corespunzătoare.

### **9.4. Asigurătorul este obligat:**

- 9.4.1. să aducă la cunoștință Contractantului / Asiguratului Condițiile de asigurare;
- 9.4.2. să indice în contractul de asigurare lista serviciilor prestate de Asigurator și lista adreselor și telefoanelor reprezentanțelor Companiei de asistență;
- 9.4.3. să confirme valabilitatea Poliței de asigurare în timp de 3 zile lucrătoare, cum acesta a fost înștiințat de producerea evenimentului asigurat;



9.4.4. la survenirea cazului asigurat să-i acorde Asiguratului asistență medicală, prin intermediu Companiei de Asistență, în conformitate cu condițiile contractului de asigurare încheiat;

9.4.5. în caz de producere a evenimentului asigurat, după prezentarea de către Asigurat/ Beneficiar a tuturor documentelor necesare, indicate în pct.11.7. al prezentelor Condiții de asigurare:

- să efectueze examinarea și să primească decizia privind recunoașterea evenimentului produs drept caz asigurat și respectiv plata despăgubirii de asigurare;

- să efectueze plata sumei asigurate sau a despăgubirii de asigurare în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare (pct.11.8.);

9.4.6. să păstreze secret medical privind starea sănătății Asiguratului, informația privind starea materială a Contractantului / Asiguratului, cu excepția cazurilor prevăzute de legislația Republicii Moldova.

**9.5. Asiguratul /Contractantul este obligat:**

9.5.1. să respecte prezentele Condiții de asigurare în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;

9.5.2. să achite la timp și integral prima de asigurare (ratele acesteia);

9.5.3. la încheierea contractului să livreze Asigurătorului toată informația pe care o deține și care poate avea importanță pentru aprecierea riscului asigurat și stabilirea cuantumului primei de asigurare. Pe parcursul termenului de valabilitate a contractului să informeze Asigurătorul cu privire la orice modificare a riscului;

9.5.4. să informeze Asigurătorul cu privire la alte contracte de asigurare valabile, încheiate cu alte organizații de asigurare pentru aceleași riscuri;

9.5.5. în cazul înaintării Cererii de plată, să prezinte Asigurătorului documentele și materialele cerute de acesta pentru fundamentarea plății despăgubirii de asigurare;

9.5.6. să autorizeze experții desemnați de Asigurător de a avea acces liber la orice informație privind cazul asigurat și, implicit, de a evalua starea sănătății Asiguratului / Persoanei asigurate.

9.6. Dacă contractul de asigurare este încheiat în favoarea terților - Contractantul este obligat să aducă la cunoștință Asiguratului (ților) condițiile contractului de asigurare. Contractantul / Asiguratul prin semnătura în Polița de asigurare, confirmă că a luat cunoștință cu condițiile de asigurare și că toată informația prezentată este corectă.

9.7. Contractantul / Asiguratul este obligat să transmită Asigurătorului dreptul de creanță față de terți, răspunzători de producerea cazului asigurat, în cazul când persoana vinovată a compensat integral dauna nemijlocit Asiguratului / Contractantului, acesta este obligat să restituie Asigurătorului toate cheltuielile suportate pe acest caz în baza Poliței/ contractului de asigurare.

9.8. În cazul neachitării de către Asigurător a cererilor de rambursare înaintate de către Compania de asistență, cel din urmă are dreptul de a depune în instanță, o cerere de rambursare a tuturor cheltuielilor suportate direct Asiguratului.

9.9. În timpul furnizării serviciilor de asistență prin Compania de asistență, ultima se consideră a fi succesorul legal al Asiguratului până la rambursarea integrală a costurilor serviciilor care i-au fost furnizate în toate drepturile și acțiunile cu privire la toate persoanele. Imediat ce Asigurătorul va transfera despăgubirea de asigurare Companiei de asistență pentru serviciile furnizate Asiguratului, Companiei de asistență va înceta să mai fie succesor legal al Asiguratului.

## **Articolul X. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI ÎN CAZUL SURVENIRII EVENIMENTULUI ASIGURAT**

**10.1. Asiguratul (Contractantul) este obligat în caz de producere a evenimentului asigurat:**

10.1.1. să i-a toate măsurile necesare pentru evitarea sau diminuarea cheltuielilor aferente cazului asigurat și să coordoneze toate cheltuielile cu Asigurătorul sau reprezentantul Companiei de asistență;

10.1.2. imediat să anunțe Asigurătorul sau Compania de asistență despre producerea cazului asigurat (inclusiv cazurile de internare în spital pentru tratament staționar), în conformitate cu informația indicată în Poliță/ contractul de asigurare prin fax, telefon sau formă electronică cu indicarea coordonatelor necesare. Contractantul /Asiguratul poate solicita medicului care îl



deservește ca acesta să anunțe Asigurătorul. Pentru dovada existenței asigurării Asiguratul sau Contractantul necesită să prezinte Asigurătorului sau intermediarului său Polița/ contractul de asigurare sau să comunice numărul acesteia;

10.1.3. în cazul în care în urma producerii cazului asigurat, Asiguratul se află într-o stare de sănătate foarte agravată, termenul de declarare a evenimentului asigurat se prelungește până la înregistrarea ameliorării sănătății acestuia;

10.1.4. să respecte prescripțiile medicului care efectuează tratamentul și regulile, stabilite de Instituția medicală;

10.1.5. pentru confirmarea faptului cazului asigurat să prezinte toate dovezile necesare, precum și a cheltuielilor rezonabile și raționale, legate de cazul de asigurare;

10.1.6. să dea consimțământul pentru transportarea sa și tratamentul ulterior în țara traiului permanent, dacă în opinia medicului care efectuează tratamentul (Companiei de asistență), repatrierea Asiguratului este necesară și posibilă. Refuzul Asiguratului de a da acordul pentru repatriere (în cazul existenței indicației medicului curator) are drept consecință pierderea de către acesta a dreptului de acoperire/ achitare de către Asigurător a cheltuielilor ulterioare pentru tratament și aflarea în Instituția medicală în țara aflării temporare;

10.1.7. să permită reprezentanților Asigurătorului/Companiei de asistență să facă investigații cu privire la circumstanțele producerii riscului asigurat, să înlesnească obținerea tuturor informațiilor necesare soluționării cererii de despăgubire inclusiv date cu caracter personal (exemple: dispensarea unităților sanitare/medicilor curanți de secretul profesional - autorizare pe care Asiguratul o dă prin acordul de încheiere a Poliței/Contract, detaliile călătoriei efectuate - destinație, interval temporal) și, dacă aceștia consideră necesar, să se supună unei examinări medicale suplimentare (pe cheltuiala Asigurătorului).

10.1.8. să-l informeze pe Asigurător despre cazurile, când Compania de asistență nu a prestat (organizat) serviciile prevăzute în contractul de asigurare;

10.1.9. să informeze medicul, că numai Asigurătorul sau intermediarul său pot livra date privind volumul asigurării curente și să ia decizii în ceea ce privește achitarea cheltuielilor, precum și faptul că costul tratamentului poate fi achitat nemijlocit de Asigurător;

10.1.10. să prezinte toată informația și confirmările necesare pentru stabilirea circumstanțelor cazului de asigurare și volumului plăților spre achitare în conformitate cu pct.11.7 al prezentelor Condiții de asigurare. Asiguratul este obligat, în afară de aceasta, să garanteze Asigurătorului sau intermediarului său posibilitatea să primească orice informație cu privire la cazul asigurat și, în particular, să elibereze medicii de la obligația de a păstra taina medicală;

10.1.11. pretenția (cererea) de achitare a despăgubirilor de asigurare urmează a fi expediată Asigurătorului imediat după primirea contului pentru asistență medicală. Pretențiile de achitare, înaintate mai târziu de 3 ani - termenul general de prescripție, pot fi respinse;

10.1.12. să treacă un control suplimentar la medicul indicat de Asigurător.

## **XI. MODUL ȘI CONDIȚIILE DE PLATĂ A DESPĂGUBIRILOR DE ASIGURARE**

11.1. Asigurătorul achită, în limitele sumei asigurate stipulată în Polița/ contract de asigurare, costul serviciilor medicale, prestate Asiguratului, din momentul începerii tratamentului până la momentul, când în baza concluziilor medicale tratamentul în țara de ședere se încheie. Asigurătorul sau intermediarul său sunt obligați să achite despăgubirea numai după prezentarea de către Asigurat /Contractant a conturilor originale și alte acte ce confirmă prestarea serviciilor medicale. Actele prezentate se păstrează la Asigurător.

11.2. Plata despăgubirilor de asigurare se achită conform unuia din variantele următoare:

11.2.1. prin achitarea de către Asigurător a facturilor prezentate de Compania de asistență privind compensarea cheltuielilor, suportate în legătură cu cazul de asigurare concret, în modul și în baza condițiilor contractului, încheiat între părți;

11.2.2. prin compensarea cheltuielilor suportate de Asigurat (Persoana asigurată) în legătură cu cazul asigurat concret, dacă Persoana asigurată a achitat personal toate cheltuielile.



11.3. Asigurătorul sau intermediarul său sunt în drept să achite despăgubirea nemijlocit reprezentantului legal al Asiguratului sau Contractantului, care a prezentat actele de confirmare și dovada de achitare a cheltuielilor de tratament, în particular medicului curant sau spitalului. După un așa mod de achitare a despăgubirii, Asigurătorul este liber de orice obligații față de Asigurat sau Contractant. Dacă Asigurătorul are careva suspiciuni privind înputernicirile persoanei ce a prezentat actele pentru a primi despăgubirea, aceasta i se va achita nemijlocit Asiguratului. Cheltuielile pentru medicamentele sau materialele de pansament, procurate în farmacie, pot fi achitate numai Asiguratului sau Contractantului. Dacă Persoana asigurată este un minor, atunci despăgubirea de asigurare ce i se cuvine, va fi achitată părinților sau tutorilor acesteia.

11.4. Pretenția de compensare a cheltuielilor pentru transportarea la domiciliul permanent sunt înaintate concomitent cu prescripțiile medicului care a efectuat tratamentul peste hotare, privind necesitatea acestei transportări.

11.5. Suma totală a despăgubirilor de asigurare conform contractului de asigurare, achitată pentru unul sau mai multe cazuri de asigurare ce au avut loc în perioada de valabilitate a acestuia, nu poate depăși suma asigurată indicată în Polița/ contractul de asigurare.

11.6. Cheltuielile suportate în valută străină se restituie în valută națională. Schimbarea valutei străine în lei (MDL) se efectuează după cursul zilei survenirii cazului asigurat, în baza documentelor confirmative. Curs al zilei este considerat cursul de schimb valutar stabilit de B.N.M. (Banca Națională a Moldovei) la data respectivă.

11.7. Lista actelor obligatorii, care confirmă survenirea cazului asigurat și cuantumul cheltuielilor suportate. Pentru primirea despăgubirii de asigurare Asiguratul/ Beneficiarul asigurării după întoarcerea în țara cu domiciliul permanent, în timp de **30 zile** prezintă Asigurătorului o cerere în formă scrisă după modelul stabilit, la care se anexează:

11.7.1. Contractul de asigurare (Polița);

11.7.2. Actele, care confirmă faptul, data prestării serviciilor medicale, locul și circumstanțele în care a avut loc cazul asigurat cu indicarea maladiei, tipul tratamentului, serviciile medicale sau de alt gen prestate, prevăzute de prezentele Condiții de asigurare. Actele de confirmare pentru cheltuielile de tratament urmează să conțină numele, prenumele și anul nașterii pacientului;

11.7.3. Originalul certificatului-cont al Instituției medicale privind primirea tratamentului și plata serviciilor medicale cu indicarea familiei pacientului, diagnoza, data adresării după ajutor medical, durata tratamentului, specificarea serviciilor acordate și costul lor, cu indicarea termenilor concreți a prestării serviciilor date;

11.7.4. Rețetele pentru medicamentele prescrise, în care trebuie să fie clar indicat numele, prenumele pacientului și a medicului, denumirea medicamentului prescris, la care trebuie să fie anexate cecurile corespunzătoare, care au ștampila farmaciei și nota despre achitare. În caz de tratament stomatologic în cont urmează să fie indicată descrierea dinților bolnavi și tratamentul efectuat;

11.7.5. Actele, care confirmă cheltuielile pentru repatrierea Asiguratului în țara cu domiciliul permanent pentru prelungirea tratamentului (facturile de cheltuieli, documente de călătorie, concluziile medicale referitor la maladie și posibilitatea transportării Asiguratului);

11.7.6. Actele, care confirmă cheltuieli pentru repatrierea corpului neînsuflețit al Asiguratului (facturile cu cheltuielile cu descifrarea serviciilor, certificatul oficial de deces și concluziile medicale referitor la cauza decesului Asiguratului);

11.7.7. Documentul ce atestă Beneficiarul asigurării sau actul ce confirmă dreptul la moștenire – în cazul decesului Asiguratului.

11.7.8. Facturile pentru convorbirile telefonice legate de anunțarea cazului asigurat.

11.8. Termenul de luare a deciziei privind plata despăgubirii de asigurare. Termenul de achitare a despăgubirii de asigurare.

11.8.1 După primirea de către Asigurător a tuturor actelor necesare ce confirmă survenirea cazului asigurat, Asigurătorul efectuează cercetările necesare și, în cel mult **30 zile**, întocmește actul de asigurare, ordinul de plată și primește decizia privind plata (sau refuz) despăgubirii de asigurare.

11.8.2 Achitarea despăgubirii de asigurare se efectuează **timp de 10 zile lucrătoare** din momentul adoptării deciziei de plată.



11.8.3 Dacă pentru confirmarea cazului asigurat este necesară o cercetare adăugătoare, expertiza medicală suplimentară sau includerea organelor competente în cercetarea documentelor prezentate, Asigurătorul este în drept, cu înștiințarea obligatorie a Asiguratului în formă scrisă, de a prelungi termenul prevăzut de 30 zile până la 60 zile începând cu ziua prezentării tuturor actelor solicitate.

11.8.4 În cazul refuzului de a plăti integral sau parțial despăgubire de asigurare, Asigurătorul emite în scris o decizie motivată, pe care o comunică Asiguratului/ Beneficiarului **în termen de 5 zile** lucrătoare după primirea deciziei.

11.8.5 În cazul în care, ulterior recepționării de către Asigurător a cererii privind achitarea despăgubirii/indemnizației de asigurare de către Asigurat/Beneficiar nu au fost prezentate în corespundere cu pct. 11.7. (Lista actelor obligatorii, care confirmă survenirea cazului asigurat și cuantumul cheltuielilor suportate), asiguratorul v-a soma în scris asiguratul despre acest fapt, cu oferirea unui **termen maxim de 15 zile** în scopul completării setului de documente.

11.8.6 În cazul ne prezentării actelor solicitate / completării setului de documente în termenele rezonabile stabilite în pct. 11.8.6, în lipsa unor temeieri de suspendare a termenului, asiguratorul poate cataloga această situație drept renunțare tacită la cererea înaintată, astfel, v-a notifica în scris Asiguratul/Beneficiarul despre închiderea dosarului de daună, cu excluderea acestuia din rezervele tehnice ale companiei.

11.8.7 Refuzul Asigurătorului poate fi contestat de către Asigurat în instanța de judecată.

## **Articolul XII. DREPTUL DE REGRES**

12.1. Asigurătorul din momentul achitării despăgubirii de asigurare Contractantului/Asiguratului sau beneficiarului/lor desemnat (moștenitorului/lor legal) în corespundere cu contractul de asigurare încheiat și conform prezentelor Condiții de asigurare se subrogă, în limitele sumei achitate, în dreptul la repararea prejudiciului față de terțul căruia îi revine obligația să repare prejudiciul cauzat, dacă legea sau contractul nu prevede altfel.

12.2. Dacă Contractantul/Asiguratul renunță la pretențiile sale față de terț sau la drepturile care constituie temeiul acestor pretenții, Asigurătorul este scutit de plata acelei părți din despăgubire pe care ar fi putut-o pretinde, în măsura existenței temeierilor, de la terț.

12.3. Asigurătorul poate renunța total sau parțial la exercitarea dreptului de subrogare împotriva persoanei care poartă răspundere de producerea pagubei, dacă ea însăși a suferit grav, sau împotriva moștenitorilor ei, dacă persoana a decedat ca urmare a producerii riscului asigurat, precum și în alte situații în care împrejurările justifică renunțarea.

12.4. Asigurătorul nu poate exercita dreptul de regres pe baza subrogării față de un membru al familiei Contractantului sau a Asiguratului, o persoană care se află într-o relație socială echivalentă cu Contractantul sau Asiguratul ori un salariat al unuia dintre aceștia, cu excepția cazului în care Asigurătorul demonstrează că prejudiciul a fost cauzat de acea persoană intenționat sau din culpă gravă, dar cunoscând că există probabilitatea că prejudiciul va surveni..

12.5. Indemnizația de asigurare se datorează independent de sumele cuvenite Contractantului/Asiguratului sau beneficiarului din asigurările sociale, de repararea prejudiciului de către persoanele responsabile de producerea lui, precum și de sumele primite de la alți asigurători în temeiul unor alte contracte de asigurare.

## **Articolul XIII. COMUNICAREA ȘI SOLUȚIONAREA LITIGIILOR**

13.1 Orice notificare, comunicare, avizare sau înștiințare în legătură cu Polița/Contract, încheiată în temeiul prezentelor Condiții, se consideră efectuată dacă va fi transmisă în scris/formă textuală, prin unul din următoarele mijloace:

- a) scrisoare cu confirmare de primire trimisă la adresa Contractantului/Asiguratului menționată în Polița/Contract sau, în cazul în care aceasta a fost schimbată, la ultima adresă comunicată de către Contractant/Asigurat, iar în cazul Asigurătorului, la adresa indicată în Polița/Contract de asigurare.
- b) prin înmânare directă, astfel: depunere la adresa Asigurătorului (sediul Central); prin semnătură de primire, în cazul Asiguratului.



c) prin mijloace electronice (e-mail, SMS) la adresa sau numărul de telefon comunicat de părți la momentul încheierii Poliței/Contract sau ulterior.

13.2 Toate litigiile apărute în legătură cu executarea Contractului de asigurare se soluționează prin negocieri directe, iar în cazul în care nu s-a ajuns la o înțelegere comună între Părți, în instanța de judecată la locul aflării pârâtului, în modul stabilit de legislația Republicii Moldova.

13.3 Reclamațiile (acțiunile) împotriva Asigurătorului pot fi înaintate în judecată la locul de înregistrare al Asigurătorului sau intermediarului său, prin intermediul căruia a fost contractată.

13.4 Până la depunerea cererii de chemare în judecată la instanța de judecată competentă, partea cointeresată este obligată să înainteze pretenție celeilalte părți

13.5 Toate declarațiile se prezintă Asigurătorului sau intermediarului său numai în scris. Pretenția și răspunsul la ea, trebuie să fie expediate prin poștă, prin intermediul unei scrisori recomandate sau telegrame cu înștiințare de înmânare. Termenul acordat pentru răspuns la pretenție și expedierea acestuia începe să curgă din momentul primirii scrisorii sau telegramii respective.

13.6 Partea căreia îi este înaintată pretenția, are obligația, în timp de 14 zile, să răspundă la cerințele înaintate.

#### **Articolul XIV. DISPOZIȚII FINALE**

14.1. Prin acordul părților, în Contract pot fi introduse și alte clauze care nu contravin legislației în vigoare. Introducerea modificărilor se perfectează printr-un acord adițional, care intră în vigoare după semnarea lui de către părțile contractante.

14.2. Asigurătorul cu acordul Contractantului, în dependență de conjunctura pieței de asigurare și financiare, poate modifica clauzele contractuale și quantumul cotelor tarifare cu aplicarea coeficienților de corecție.

14.3. Conform Legii nr.133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal, date cu caracter personal sunt definite ca orice informație referitoare la o persoană fizică identificată sau identificabilă (subiect al datelor cu caracter personal). Persoana identificabilă este persoana care poate fi identificată, direct sau indirect, prin referire la un număr de identificare sau la unul ori mai multe elemente specifice identității sale fizice, fiziologice, psihice, economice, culturale sau sociale.

14.4. Prin semnarea Contractului de asigurare, Asiguratul / Contractantul / Beneficiarul asigurării/ își exprimă acordul pentru prelucrarea și stocarea datelor cu caracter personal de către Companiei „Intact Asigurări Generale” S.A., în scopul administrării Contractului de asigurare / instrumentării dosarului de daune.