

CONDIȚII DE ASIGURARE DE PROTECȚIE PERSONALA (PPI)

1. SECȚIUNEA 1 – INTRODUCERE ÎN ASIGURAREA DE PROTECȚIE PERSONALA

1.1. Preambul

- 1.1.1. Prezentele Condiții de asigurare de protecție personala sunt valabile numai împreună cu Condițiile de asigurare de accidente.
- 1.1.2. Toate prevederile Condițiilor de asigurare de accidente sunt aplicabile în măsura în care nu contravin prevederilor din prezentele Condiții.
- 1.1.3. Prin interpretarea cumulată a documentelor menționate la art. 1.1.1. și în concordanță cu prevederile art. 1.1.2., se convine că:
 - (i) în situația în care există, în documentele menționate, capitole cu același titlu / conținut, prevederile acestora se cumulează;
 - (ii) în situația în care, în urma acestei cumulări apar contradicții, se consideră aplicabile numai prevederile din prezentelor Condiții.

1.2. Acoperirea de asigurare

- 1.2.1. În baza prezentelor Condiții, Asiguratorul acordă protecție de asigurare pentru următoarele riscuri:
 - 1.2.1.1. Deces din accident;
 - 1.2.1.2. Boli critice;
 - 1.2.1.3. Spitalizare;
- 1.2.2. Dacă pe durata perioadei de asigurare Asiguratul:
 - a) a decedat ca urmare a unui accident (deces din accident), sau
 - b) este diagnosticat cu o boală critică, sau
 - c) este internat în spital ca pacient, din cauza unei vătămări corporale provocate de un accident, pentru cel puțin șapte (7) zile consecutive (spitalizare),Asiguratorul va plăti indemnizația convenită așa cum este menționat în p. 1.3. al prezentelor Condiții către Beneficiarul asigurării, pentru a reduce sau a stinge soldul creditului Asiguratului ori valoarea ratei lunare (după caz).

Orice beneficiu suplimentar pecuniar pentru boală critică va fi plătit Asiguratului.
- 1.2.3. Serviciul „A doua opinie medicală” oferă Asiguratului acces la platforma unui Furnizor specializat de servicii de a doua opinie medicală, care oferă o evaluare medicală independentă, suplimentară celei inițiale, efectuată de un medic specialist cu calificare corespunzătoare, diferit de medicul care a stabilit diagnosticul inițial, cu scopul de a confirma, clarifica sau recomanda alternative privind diagnosticul și/sau planul de tratament propus.

1.3. **Limitele indemnizațiilor de asigurare**

1.3.1. Nivelul maxim al indemnizației pentru fiecare secțiune de acoperire este următorul:

Secțiunea 1 – Deces din accident

Până la soldul creditului la data producerii evenimentului.

Secțiunea 2 – Boală critică

Până la soldul creditului la data producerii evenimentului.

Pe lângă stingerea soldului creditului către Beneficiar, Asiguratorul va plăti un beneficiu suplimentar limitat la cea mai mică sumă dintre:

- de 2 (două) ori valoarea inițială a creditului, sau
- echivalentul în MDL a 5,000 EUR.

Secțiunea 3 – Spitalizare

O rată lunară a creditului, maximum 2 cazuri pe durata perioadei poliței de asigurare.

Pentru serviciul „A doua opinie medicală” acoperirea constă în furnizarea serviciului, fără stabilirea unei sume asigurate.

1.4. **Teritoriul de acoperire**

1.4.1. Protecția de asigurare este valabilă oriunde în lume.

1.5. **Administrarea daunelor**

1.5.1. Cererile de despăgubire în baza prezentelor Condiții sunt gestionate de "IUTE Affinity", acționând în numele Asiguratorului („administratorul de daune”).

1.5.2. Datele de contact ale administratorului de daune sunt:

IUTE Affinity OÜ

Maakri 19/1, 10145 Tallinn, Estonia

<https://portal.affinity.iute.com/>

Email: portal@affinity.iute.com

1.5.3. Apelurile pot fi înregistrate în scopuri de instruire, conformitate și prevenire a fraudei.

1.5.4. Examinarea cererii de despăgubire: Asiguratorul adoptă decizia privind admiterea sau respingerea cererii de despăgubire în termen de 30 zile din data primirii ultimului document necesar soluționării dosarului de daună.

1.5.5. Plata indemnizației: În cazul aprobării cererii de despăgubire, indemnizația de asigurare se plătește în termen de 10 zile, calculat de la data adoptării deciziei de plată.

1.6. **Rolul Agentului Bancassurance**

1.6.1. Agentul Bancassurance este responsabil pentru:

- furnizarea informațiilor despre Polița de asigurare și acoperire,
- colectarea primelor de asigurare (unde este cazul),
- gestionarea solicitărilor de deservire a poliței (inclusiv revocări, rezoluțiuni și actualizări) și

- sprijinirea Asiguratului pe durata valabilității Poliței de asigurare.

1.6.2. Datele de contact ale Agentului Bancassurance poliței sunt:

O.C.N. „IUTE CREDIT” S.R.L

MD-2004, mun. Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt 182, et.5

Telefon +373 22 801 500

E-mail : info@iute.md

1.6.3. Apelurile pot fi înregistrate în scopuri de instruire, conformitate și prevenire a fraudei.

1.7. **Interpretarea acoperirii de asigurare**

- 1.7.1. Anumite cuvinte și expresii din prezentele Condiții au același înțeles oriunde apar. Pentru a facilita interpretarea corectă a acoperirii de asigurare, acestea sunt enumerate și explicate în Secțiunea 10 a prezentului „Definiții ale poliței”.

1.8. **Dezvăluirea informațiilor importante**

- 1.8.1. La acceptarea cererii de asigurare, Asiguratorul se bazează pe informațiile pe care Asiguratul le-a furnizat Agentului Bancassurance. Asiguratul trebuie să manifeste o grijă rezonabilă pentru a furniza răspunsuri complete și exacte la întrebări atunci când se încheie polița de asigurare. Dacă informațiile furnizate de Asigurat nu sunt complete și exacte, acoperirea de asigurare poate fi afectată și Asiguratorul:

- poate rezoluționa Polița și refuza plata oricărei indemnizații,
- poate să nu plătească integral indemnizația de asigurare.

- 1.8.2. În cazul în care Asiguratul constata că informația pe care a furnizat-o este incompletă sau inexactă, atunci el este obligat să contacteze Agentul Bancassurance cât mai curând posibil la datele de contact indicate în Certificatul de asigurare.

1.9. **Condiții de eligibilitate**

- 1.9.1. Orice persoana poate încheia o poliță de asigurare atâta timp cât, la data de început a perioadei de asigurare este:

- un împrumutat numit în contractul de credit cu O.C.N. „IUTE CREDIT” S.R.L,
- are vârsta între 18 și 63 de ani (inclusiv),
- are viza de reședință în Republica Moldova și
- nu are cunoștință de nicio circumstanță care, la data de început a perioadei de asigurare, ar face certă sau foarte probabilă o cerere de despăgubire.

- 1.9.2. Asiguratorul nu va oferi nicio acoperire de asigurare dacă Asiguratul nu a îndeplinit toate condițiile de eligibilitate de mai sus la data de început a perioadei de asigurare.

- 1.9.3. Asiguratul poate să nu mai fie eligibil să beneficieze de indemnizație de asigurare dacă nu mai este rezident permanent al Republicii Moldova. Asiguratul este obligat să notifice Agentul Bancassurance în cazul dacă rezidenta se schimbă.

1.10. **Dreptul de revocare**

- 1.10.1. Asiguratul are dreptul de a renunța la asigurare (de a revoca) în termen de 14 de zile de la data primirii documentelor de asigurare (Certificatului de asigurare), prin notificarea Agentului Bancassurance. În cazul în care nu a fost înregistrată nicio cerere de despăgubire în acest interval, acoperirea va fi anulată fără costuri.

1.11. Perioada de excludere pentru boli critice

- 1.11.1. Nicio indemnizație nu este plătită pentru boală critică atunci când în primele 60 (șaizeci) de zile de la data de început a perioadei de asigurare:
- diagnosticul este stabilit sau notificat către Asigurat, sau
 - Asiguratul devine conștient de simptome ce conduc la diagnostic.

1.12. Cererea de asigurare. Începutul și încetarea acoperirii de asigurare

- 1.12.1. Pentru încheierea contractului de asigurare, asiguratul depune o cerere în formă scrisă sau prin mijloace electronice. Încheierea contractului se constată prin Polița de asigurare sau Certificatul de asigurare.
- 1.12.2. Acoperirea de asigurare va începe la data de început a contractului de credit al Asiguratului. Acoperirea de asigurare va continua o perioadă de 12 luni sau până când asigurarea nu va fi rezoluționată. În cazul în care polița se reînnoiește la expirarea perioadei de 12 luni, atunci noua perioadă de asigurare poate fi mai mică de 12 luni, în funcție de data la care expiră contractul de credit.
- 1.12.3. Prima de asigurare se calculează în conformitate cu Anexa 1 la prezentele Condiții. Prima de asigurare se achită prin intermediul Agentului Bancassurance, în modalitatea și la termenele prevăzute în Certificatul de asigurare.
- 1.12.4. În cazul neachitării primei de asigurare conform prevederilor certificatului de asigurare, acoperirea încetează.

1.13. Cereri pentru indemnizații frauduloase sau informații înșelătoare

- 1.13.1. Dacă cererea pentru indemnizația de asigurare este frauduloasă, intenționat exagerată sau este menită să inducă în eroare, Asiguratorul poate:
- să nu plătească indemnizația de asigurare Asiguratului sau Beneficiarului;
 - să recupereze de la Asigurat orice plată pe care Asiguratorul a efectuat-o deja în legătură cu acea cerere;
 - să rezoluționeze asigurarea de la momentul actului fraudulos; și
 - să informeze organele de poliție cu privire la actul fraudulos.
- 1.13.2. Dacă asigurarea este rezoluționată de la momentul actului fraudulos, Asiguratorul nu va plăti nicio indemnizație pentru orice incident care se va produce după acel moment și nu va returna nicio primă de asigurare deja plătită.

1.14. Asiguratul are următoarele drepturi:

- să ia cunoștință cu prezentele Condiții de asigurare până la încheierea Contractului de asigurare;
- să revoce sau să rezoluționeze asigurarea.

- să beneficieze de indemnizațiile corespunzătoare ale Asigurătorului la survenirea cazului asigurat.

1.15. Asiguratul /Beneficiarul are următoarele obligații:

- să răspundă în scris la solicitările Asigurătorului cu privire la împrejurările referitoare la risc pe care le cunoaște și să se conformeze recomandărilor făcute de Asigurător privind măsurile de prevenire a prejudiciilor;
- să comunice în scris către Asigurător orice modificare apărută referitor la adresa sediului/ domiciliului/ reședinței sale, precum și orice modificări ale împrejurărilor referitoare la risc, de îndată ce a luat cunoștință de acestea, atât înainte cât și după începerea răspunderii Asigurătorului;
- să nu facă și/sau să nu permită modificări care ar duce la majorarea riscului;
- să achite prima de asigurare în cuantumul și la data stabilită în Certificatul de asigurare.
- să comunice, în termenii prevăzuți în prezentele Condiții, despre producerea evenimentului ce ar determina obligația de plată din partea Asigurătorului;
- să păstreze în strictă confidențialitate informația legată de încheierea și executarea contractului de asigurare. Publicarea sau divulgarea informației de către o parte poate fi numai cu acordul în scris de partea cealaltă.

1.16. Asigurătorul are următoarele drepturi:

- să verifice informația prezentată de către Asigurat;
- să verifice executarea și respectarea condițiilor și obligațiilor contractuale de către Asigurat;
- să solicite Beneficiarului asigurării restituirea sumelor primite de la Asigurător, dacă s-a dovedit că plata nu a fost efectuată în conformitate cu prezentele Condiții;
- să refuze complet sau parțial în achitarea indemnizației de asigurare, în cazurile prevăzute de prezentele Condiții de asigurare.

1.17. Asigurătorul are următoarele obligații:

- să aducă la cunoștință Asiguratului prezentele Condiții de asigurare;
- să achite indemnizația de asigurare la recunoașterea cazului asigurat
- să păstreze confidențialitatea informației legate de încheierea și executarea contractului de asigurare. Divulgarea informației de către o parte poate fi numai cu acordul în scris de partea cealaltă sau în cazurile prevăzute de lege.

2. SECȚIUNEA 2 – DECES DIN ACCIDENT

2.1. Definiție - ce se înțelege prin „deces din accident”

- 2.1.1. În sensul prezentei asigurări, decesul din accident înseamnă decesul survenit ca rezultat direct al unei vătămări corporale cauzate de un accident, în termen de 12 luni de la data accidentului, fapt ce trebuie certificat de un medic și confirmat prin certificatul oficial de deces.

2.2. Excluderi speciale la Secțiunea 2 – ce nu este acoperit

- 2.2.1. Excluderile speciale prevăzute în prezentul capitol se aplică suplimentar și cumulativ excluderilor generale, care sunt aplicabile tuturor acoperirilor în baza prezentei asigurări și sunt detaliate în Secțiunea 6 – Excluderi generale.
- 2.2.2. Indemnizația de asigurare pentru decesul din accident nu se acorda pentru:
- (i) orice caz produs ca rezultat al participării la curse cu utilizarea vehiculelor motorizate de orice fel;
 - (ii) orice caz rezultat din zbor, altul decât ca pasager în aeronavă cu aripă fixă sau rotor;
 - (iii) orice caz produs ca rezultat al implicării în sporturi sau activități periculoase, cum ar fi scufundări, alpinism de orice fel, sărituri libere de la înălțime cu sau fără motor, parașutism, arte marțiale, sărituri de la înălțimi mari cu coarda;
 - (iv) orice caz produs ca rezultat al participării la orice sport profesionist sau divertisment profesionist ori practicării acestora;
 - (v) orice caz produs ca rezultat al vătămării corporale auto-provocate în mod intenționat sau din abuzul de alcool sau droguri;
 - (vi) sinuciderea, tentativa de sinucidere sau expunerea intenționată la risc (cu excepția cazului în care aceasta are loc în încercarea de a salva viața altei persoane);
 - (vii) orice caz produs ca rezultat al încălcării legii sau al nerespectării legilor oricărei țări ori autorități locale.

2.3. **Modalitatea de plată a indemnizației în cazul decesului din accident**

2.3.1. Data producerii cazului asigurat

Data producerii cazului asigurat reprezintă data decesului înscrisă în certificatul oficial de deces.

2.3.2. Plata indemnizației de asigurare

Cu excepția cazurilor în care se prevede altfel, toate indemnizațiile plătibile în baza Poliței de asigurare vor fi achitate direct către Beneficiar și vor fi utilizate pentru reducerea sau stingerea soldului creditului ori pentru achitarea ratei lunare relevante, după caz.

Nu se va plăti nicio indemnizație care să depășească valoarea soldului creditului existent la data producerii cazului asigurat.

2.3.3. Valoarea maximă a indemnizației de asigurare

Valoarea maximă a indemnizației plătibile în temeiul prezentei secțiuni este egală cu valoarea totală a soldului creditului la data producerii cazului asigurat.

2.3.4. Depunerea cererii de despăgubire

2.3.4.1. Notificarea daunei

La survenirea daunei, moștenitorii Asiguratului/Beneficiarul contactează administratorul de daune pentru a solicita formularul de daună la datele de contact menționate în tabelul de mai jos și în Secțiunea 1 a prezentelor Condiții.

Dacă moștenitorii Asiguratului/Beneficiarul nu sunt siguri dacă au dreptul să depună o cerere de despăgubire, vor contacta administratorul de daune, care le va oferi sprijinul necesar.

2.3.4.2. După notificarea daunei

Administratorul de daune va transmite formularul de daună, pe care moștenitorii Asiguratului/ Beneficiarul trebuie să îl completeze și să îl returneze cât mai curând posibil. Ulterior, administratorul de daune va gestiona cererea de despăgubire direct cu moștenitorii Asiguratului/Beneficiarul.

Formularul de daună conține informații privind documentele care trebuie transmise și pașii care trebuie urmați pe parcursul procesului de despăgubire.

Administratorul de daune va acorda asistență la completarea formularului de daună.

2.3.4.3. Procedura de soluționare a daunei

Tabelul de mai jos are rolul să ajute moștenitorii Asiguratului/ Beneficiarul să înțeleagă cum trebuie de acționat pe parcursul procesului de despăgubire și ce documente este necesar de furnizat.

Respectarea procedurilor, precum și a oricăror instrucțiuni sau recomandări primite de la administratorul de daune, va contribui la desfășurarea fără dificultăți a procesului de soluționare a daunei.

Nerespectarea procedurilor sau a instrucțiunilor primite poate duce la întârzierea soluționării daunei sau la neplata indemnizației.

IMPORTANT – costurile furnizării dovezilor pentru cererea de despăgubire este responsabilitatea moștenitorii Asiguratului/ Beneficiarul.

Acțiunile moștenitorilor/ Beneficiarului la depunerea cererii de despăgubire în cazul decesului din accident	
1	Moștenitorii/ Beneficiarul vor contacta administratorul de daune în termen de 30 de zile de la producerea evenimentului asigurat și vor solicita un formular de cerere de despăgubire. Datele de contact ale administratorului de daune sunt următoarele: IUTE Affinity OÜ Maakri 19/1, 10145 Tallinn, Estonia https://portal.affinity.iute.com/ Email: portal@affinity.iute.com Apelurile telefonice pot fi înregistrate în scopuri de instruire, conformitate și prevenire a fraudei. În cazul unei întârzieri în raportarea cererii de despăgubire, aceasta nu va conduce, în sine, la respingerea cererii sau la reducerea indemnizației de asigurare, atât timp cât informațiile necesare au fost puse la dispoziție și întârzierea nu afectează posibilitatea administratorului de daune de a evalua complet cererea.
2	Moștenitorii /Beneficiarul vor completa formularul de cerere de despăgubire și îl vor transmite administratorului de daune, împreună cu documentele justificative solicitate.
Documentele necesare	
1	Formularul de cerere de despăgubire completat integral
2	Certificatul medical si Certificatul oficial de deces

3. SECȚIUNEA 3 – BOALĂ CRITICĂ

3.1. Definiție - ce se înțelege prin „boală critică”

3.1.1. În sensul prezentei asigurări, boală critică înseamnă diagnosticarea Asiguratului de către un medic cu o afecțiune acoperită, cu condiția ca aceasta nu era o afecțiune preexistentă la data de început a perioadei de asigurare.

Afecțiunile acoperite sunt:

- (i) cancerul;
- (ii) accidentul vascular cerebral (AVC);
- (iii) intervenția chirurgicală de bypass aorto-coronarian;
- (iv) transplantul de organ major.

3.2. Excluderi speciale la Secțiunea 3 – ce nu este acoperit

3.2.1. Excluderile speciale prevăzute în prezentul capitol se aplică suplimentar și cumulativ excluderilor generale, care sunt aplicabile tuturor acoperirilor în baza prezentei asigurări și sunt detaliate în Secțiunea 6 – Excluderi generale.

3.2.2. Indemnizația de asigurare pentru boală critică nu se oferă:

1) pentru orice afecțiune preexistentă.

O afecțiune preexistentă înseamnă orice afecțiune, vătămare, boală sau condiție medicală ori condiție asociată și/sau simptome aferente, indiferent dacă au fost sau nu diagnosticate, care în perioada de 12 luni imediat anterioară datei de început a perioadei de asigurare:

- era cunoscută de Asigurat sau ar fi trebuit, în mod rezonabil, să fie cunoscută, sau
- Asiguratul a consultat sau a programat o consultație la un medic în legătură cu aceasta.

2) pentru orice afecțiune cauzată sau agravată de orice boală psihiatrică ori de orice tulburare mentală, nervoasă sau legată de stres, cu excepția situației în care Asiguratul beneficiază de îngrijire și tratament din partea unui specialist psihiatru sau a unui asistent medical psihiatric.

3) atunci când afecțiunea de boală critică nu este o afecțiune acoperită de prezenta asigurare.

4) atunci când nu Asiguratul nu a respectat recomandările medicale.

3.3. Modalitatea de plată a despăgubirilor în cazul de boală critică

3.3.1. Data producerii cazului asigurat

Data producerii cazului asigurat este considerată data înregistrării diagnosticului de către un medic.

3.3.2. Plata indemnizației de asigurare

Cu excepția cazurilor în care se prevede altfel, toate indemnizațiile plătibile în baza Poliței de asigurare vor fi achitate direct către Beneficiar și vor fi utilizate pentru reducerea sau stingerea soldului creditului ori pentru achitarea ratei lunare relevante, după caz.

În plus, față de stingerea soldului creditului, Asiguratul va primi un beneficiu suplimentar pecuniar în limita indicată în p. 3.3.3. b) de mai jos, direct în contul sau bancar.

3.3.3. Valoarea maximă a indemnizației de asigurare

- a) Indemnizația maximă de asigurare este soldul total al creditului la data producerii cazului asigurat.
- b) Asiguratorul va plăti Asiguratului un beneficiu suplimentar limitat la cea mai mică sumă dintre:
 - de 2 (două) ori valoarea inițială a creditului, sau
 - echivalentul în MDL a 5,000 EUR

3.3.4. Depunerea cererii de despăgubire

3.3.4.1. Notificarea daunei

La survenirea daunei, Asiguratul contactează administratorul de daune pentru a solicita formularul de daună la datele de contact menționate în tabelul de mai jos și în Secțiunea 1 a prezentelor Condiții.

Dacă Asiguratul nu este sigur dacă are dreptul să depună o cerere de despăgubire, va contacta administratorul de daune, care îi va oferi sprijinul necesar.

3.3.4.2. După notificarea daunei

Administratorul de daune va transmite formularul de daună, pe care Asiguratul trebuie să îl completeze și să îl returneze cât mai curând posibil. Ulterior, administratorul de daune va gestiona cererea de despăgubire direct cu Asiguratul.

Formularul de daună conține informații privind documentele care trebuie transmise și pașii care trebuie urmați pe parcursul procesului de despăgubire.

Administratorul de daune va acorda asistență la completarea formularului de daună.

3.3.4.3. Procedura de soluționare a daunei

Tabelul de mai jos are rolul să ajute Asiguratul să înțeleagă cum trebuie de acționat pe parcursul procesului de despăgubire și ce documente este necesar de furnizat.

Respectarea procedurilor, precum și a oricăror instrucțiuni sau recomandări primite de la administratorul de daune, va contribui la desfășurarea fără dificultăți a procesului de soluționare a daunei.

Nerespectarea procedurilor sau a instrucțiunilor primite poate duce la întârzierea soluționării daunei sau la neplata indemnizației.

IMPORTANT – costurile furnizării dovezilor pentru cererea de despăgubire este responsabilitatea Asiguratului.

Acțiunile Asiguratului la depunerea cererii pentru cazul de boală critică	
1	Asiguratul va contacta administratorul de daune în termen de 30 de zile de la producerea evenimentului asigurat și va solicita un formular de cerere de despăgubire. Datele de contact ale administratorului de daune sunt următoarele: IUTE Affinity OÜ Maakri 19/1, 10145 Tallinn, Estonia

	https://portal.affinity.iute.com/ Email: portal@affinity.iute.com
	Apelurile telefonice pot fi înregistrate în scopuri de instruire, conformitate și prevenire a fraudei. În cazul unei întârzieri în raportarea cererii de despăgubire, aceasta nu va conduce, în sine, la respingerea cererii sau la reducerea indemnizației de asigurare, atât timp cât informațiile necesare au fost puse la dispoziție și întârzierea nu afectează posibilitatea administratorului de daune de a evalua complet cererea.
2	Asiguratul va completa formularul de cerere de despăgubire și îl va transmite administratorului de daune, împreună cu documentele justificative solicitate.
Documentele necesare	
1	Formularul de cerere de despăgubire completat integral
2	Un document oficial emis de un medic care confirmă diagnosticul
3	O copie a istoricului medical (aceasta poate fi solicitată pentru a clarifica faptul că cererea de despăgubire nu este legată de o afecțiune preexistentă)

4. SECȚIUNEA 4 – SPITALIZARE

4.1. Definiție - ce se înțelege prin „spitalizare”

- 4.1.1. Spitalizare înseamnă faptul că Asiguratul este internat ca pacient într-un spital ca rezultat al unui accident pentru o perioadă minimă de 7 (șapte) zile consecutive, pentru o cauză care nu este exclusă în mod specific în baza prezentelor Condiții.

4.2. Excluderi speciale la Secțiunea 4 – ce nu este acoperit

- 4.2.1. Excluderile speciale prevăzute în prezentul capitol se aplică suplimentar și cumulativ excluderilor generale, care sunt aplicabile tuturor acoperirilor în baza prezentei asigurări și sunt detaliate în Secțiunea 6 – Excluderi generale.
- 4.2.2. Indemnizația pentru spitalizare nu se oferă:
- (i) pentru orice afecțiune preexistentă (definiție identică cu cea din secțiunea „boală critică”);
 - (ii) pentru afecțiuni cauzate/agravate de boală psihiatrică ori afecțiune mentală / nervoasă / legată de stres;
 - (iii) orice caz produs ca rezultat al participării la curse cu utilizarea vehiculelor motorizate de orice fel;
 - (iv) pentru orice caz rezultat din zbor, altul decât ca pasager în aeronavă cu aripă fixă sau rotor;
 - (v) pentru orice caz produs ca rezultat al implicării în sporturi sau activități periculoase, cum ar fi scufundări, alpinism de orice fel, sărituri libere de la înălțime cu sau fără motor, parașutism, arte marțiale, sărituri de la înălțimi mari coarda;
 - (vi) pentru orice caz produs ca rezultat al participării la orice sport profesionist sau divertisment profesionist ori practicării acestora;

- (vii) pentru orice caz produs ca rezultat al vătămării corporale auto-provocate în mod intenționat sau din abuz de alcool sau droguri;
- (viii) pentru proceduri chirurgicale la cererea Asiguratului care nu sunt necesare medical ori chirurgie cosmetică (cu excepția cazului direct atribuibil vătămării fizice);
- (ix) dacă Asiguratul nu a fost spitalizat cel puțin 7 zile consecutive;
- (x) pentru afecțiuni din cauza sarcinii (naștere/avort/pierdere de sarcină) cu excepția cazului direct atribuibil vătămării fizice în urma unui accident;
- (xi) dacă spitalizarea este pentru altceva decât vătămare fizică în urma unui accident (nu se oferă acoperire pentru spitalizare pentru îmbolnăvire/maladie).

4.3. **Modalitatea de plată a despăgubirii în cazul spitalizării**

4.3.1. Data producerii cazului asigurat

Data producerii cazului asigurat este data internării în spital.

4.3.2. Plata indemnizației de asigurare

Cu excepția cazului în care se prevede altfel, toate indemnizațiile plătibile în baza Poliței de asigurare vor fi achitate direct către Beneficiar și vor fi utilizate pentru reducerea sau stingerea soldului creditului ori pentru achitarea ratei lunare relevante, după caz. Nu se va plăti nicio indemnizație care să depășească valoarea soldului creditului existent la data producerii cazului asigurat

4.3.3. Valoarea maximă a indemnizației de asigurare

Indemnizația maximă de asigurare în baza prezentei secțiuni reprezintă echivalentul unei rate lunare de rambursare și poate fi acordată de cel mult 2 (două) ori pe durata perioadei de asigurare.

4.3.4. Depunerea cererii de despăgubire

4.3.4.1. Notificarea daunei

La survenirea daunei, Asiguratul contactează administratorul de daune pentru a solicita formularul de daună la datele de contact menționate în tabelul de mai jos și în Secțiunea 1 a prezentelor Condiții.

Dacă Asiguratul nu este sigur dacă are dreptul să depună o cerere de despăgubire, va contacta administratorul de daune, care îi va oferi sprijinul necesar.

4.3.4.2. După notificarea daunei

Administratorul de daune va transmite formularul de daună, pe care Asiguratul trebuie să îl completeze și să îl returneze cât mai curând posibil. Ulterior, administratorul de daune va gestiona cererea de despăgubire direct cu Asiguratul.

Formularul de daună conține informații privind documentele care trebuie transmise și pașii care trebuie urmați pe parcursul procesului de despăgubire.

Administratorul de daune va acorda asistență la completarea formularului de daună.

4.3.4.3. Procedura de soluționare a daunei

Tabelul de mai jos are rolul să ajute Asiguratul să înțeleagă cum trebuie de acționat pe parcursul procesului de despăgubire și ce documente este necesar de furnizat.

Respectarea procedurilor, precum și a oricăror instrucțiuni sau recomandări primite de la administratorul de daune, va contribui la desfășurarea fără dificultăți a procesului de soluționare a daunei.

Nerespectarea procedurilor sau a instrucțiunilor primite poate duce la întârzierea soluționării daunei sau la neplata indemnizației.

IMPORTANT – costurile furnizării dovezilor pentru cererea de despăgubire este responsabilitatea Asiguratului.

Acțiunile Asiguratului la depunerea cererii pentru cazul de spitalizare	
1	Asiguratul va contacta administratorul de daune în termen de 30 de zile de la producerea evenimentului asigurat și va solicita un formular de cerere de despăgubire. Datele de contact ale administratorului de daune sunt următoarele: IUTE Affinity OÜ Maakri 19/1, 10145 Tallinn, Estonia https://portal.affinity.iute.com/ Email: portal@affinity.iute.com Apelurile telefonice pot fi înregistrate în scopuri de instruire, conformitate și prevenire a fraudei. În cazul unei întârzieri în raportarea cererii de despăgubire, aceasta nu va conduce, în sine, la respingerea cererii sau la reducerea indemnizației de asigurare, atât timp cât informațiile necesare au fost puse la dispoziție și întârzierea nu afectează posibilitatea administratorului de daune de a evalua complet cererea.
2	Asiguratul va completa formularul de cerere de despăgubire și îl va transmite administratorului de daune, împreună cu documentele justificative solicitate.
Documentele necesare	
1	Formularul de cerere de despăgubire completat integral
2	Un document oficial emis de un spital și/sau de un medic, care să confirme data internării, data externării, cauza internării și detaliile vătămării corporale.
3	O copie a istoricului medical (aceasta poate fi solicitată pentru a clarifica faptul că cererea de despăgubire nu este legată de o afecțiune preexistentă)

5. SECȚIUNEA 5 – A DOUA OPINIE MEDICALA

5.1. Definiție - ce se înțelege prin „a doua opinie medicală”

- 5.1.1. Serviciile de a doua opinie medicală la distanță oferite de un Furnizor specializat de servicii de a doua opinie medicală permit Asiguratului confirmarea diagnosticului și identificarea celei mai adecvate opțiuni de tratament recomandate pentru afecțiunea medicală specifică.

5.2. Excluderi speciale la Secțiunea 5 – ce nu este acoperit

5.2.1. A doua opinie medicală este oferită în toate situațiile cu excepția:

- (i) lipsei unui diagnostic stabilit – Asiguratul trebuie să dețină un diagnostic oficial stabilit de medicul curant, acesta fiind o condiție prealabilă pentru ca Centrele medicale de referință la nivel mondial să poată confirma diagnosticul și să emită recomandări terapeutice pentru afecțiunea respectivă.
- (ii) absenței evaluării medicale recente – Asiguratul nu a fost evaluat de către medicul curant în ultimele 12 luni; documentația medicală recentă este necesară pentru ca Centrele medicale de referință la nivel mondial să poată formula recomandări clinice relevante și actualizate.
- (iii) afecțiunilor acute, cu risc vital imediat – în situația în care Asiguratul prezintă o afecțiune acută care pune viața în pericol și necesită intervenție medicală de urgență, acesta trebuie să solicite imediat asistență medicală de specialitate, fără a aștepta finalizarea procesului de emitere a celei de-a doua opinii medicale.
- (iv) necesității evaluării fizice directe a pacientului – anumite afecțiuni necesită în mod obligatoriu examinare clinică directă și evaluare în prezență (de exemplu, unele tulburări psihiatrice). În astfel de cazuri, aceste situații nu sunt eligibile pentru acordarea unei a doua opinii medicale la distanță.

5.3. Modalitatea de acordare a serviciilor de a doua opinie medicală

- 5.3.1. Asiguratul solicită emiterea unei A Doua Opinii Medicale prin completarea și transmiterea unei cereri electronice în aplicația dedicată, în cadrul căreia i se pune la dispoziție formularul de consimțământ informat, pe care trebuie să îl examineze și să îl semneze. Furnizorul specializat în servicii de a doua opinie medicală poate începe analiza cazului numai după primirea formularului de consimțământ semnat de către Asigurat.
- 5.3.2. Agentul Bancassurance va colabora cu Asiguratul și cu furnizorii de servicii medicale care au participat la diagnosticarea și/sau tratamentul acestuia, în vederea colectării tuturor documentelor și informațiilor medicale relevante aferente diagnosticului pentru care este solicitată a doua opinie medicală.
- 5.3.3. Asiguratul va primi datele de acces (link-ul și parola) pentru Portalul Furnizorului specializat în servicii de a doua opinie medicală, prin intermediul căruia poate încărca documentația medicală necesară. În situația în care Asiguratul nu poate încărca personal documentele, Agentul Bancassurance este autorizat să încarce aceste documente în sistemul informatic al Furnizorului specializat în servicii de a doua opinie medicală în numele Asiguratului.
- 5.3.4. La notificarea primită de la medicul Asiguratului cu privire la diagnosticarea acestuia cu o afecțiune medicală eligibilă, echipa clinică a Furnizorului specializat în servicii de a doua opinie medicală va identifica trei centre medicale de referință la nivel mondial, recunoscute printre cele mai prestigioase instituții medicale la nivel internațional în diagnosticarea și tratamentul afecțiunii respective și care sunt disponibile să răspundă solicitării Asiguratului într-un termen adecvat. Informațiile privind cele trei centre medicale de referință la nivel mondial vor fi transmise Asiguratului în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data primirii de către

Furnizorul specializat în servicii de a doua opinie medicală a formularului de consimțământ semnat.

- 5.3.5. Echipa clinică a Furnizorului specializat în servicii de a doua opinie medicală va acorda asistență și consultanță Asiguratului pe parcursul întregului proces de obținere a celei de-a doua opinii medicale, inclusiv prin furnizarea informațiilor necesare pentru selectarea unuia dintre centrele medicale de referință la nivel mondial. Ulterior, Asiguratul va comunica Furnizorului specializat în servicii de a doua opinie medicală opțiunea sa privind centrul medical ales pentru efectuarea evaluării și emiterea celei de-a doua opinii medicale.
- 5.3.6. După colectarea integrală a documentației medicale, echipa clinică a Furnizorului specializat în servicii de a doua opinie medicală va evalua dacă informațiile obținute sunt suficiente pentru inițierea procesului de transmitere către centrul medical de referință la nivel mondial selectat. În acest sens, toate documentele medicale relevante vor fi traduse în limba engleză și transmise de către Furnizorul specializat în servicii de a doua opinie medicală către centrul medical de referință la nivel mondial împreună cu solicitarea formală de emitere a unei a doua opinii medicale.
- 5.3.7. Centrul medical de referință la nivel mondial selectat, în coordonare cu Furnizorul specializat în servicii de a doua opinie medicală, va efectua analiza și evaluarea completă a documentației medicale a Asiguratului, urmând să emită recomandările privind conduita terapeutică („a doua opinie medicală”), în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii unui dosar medical complet. A doua opinie medicală va include, de asemenea, o revizuire detaliată a diagnosticului inițial și a planului de tratament propus, realizată de medici specialiști ai centrului medical de referință selectat. Toate concluziile și recomandările vor fi comunicate Asiguratului și medicului curant al acestuia în formă scrisă.
- 5.3.8. A doua opinie medicală este încărcată în contul Asiguratului din Portalul Furnizorului specializat în servicii de a doua opinie medicală în termen de la 48 până la 72 de ore lucrătoare de la momentul recepționării acesteia de către Furnizorul specializat în servicii de a doua opinie medicală, ulterior finalizării de către centrul medical de referință la nivel mondial selectat, în limba maternă a Asiguratului, fără a depăși în nicio situație termenul maxim de 14 zile de la data primirii unui dosar medical complet.
- 5.3.9. Furnizorul specializat în servicii de a doua opinie medicală va suporta toate costurile aferente procesului de emitere a celei de-a doua opinii medicale, cu excepția investigațiilor medicale suplimentare care pot fi solicitate ulterior și care nu au fost incluse în documentația medicală inițială.
- 5.3.10. În funcție de preferințele de contact exprimate de Asigurat, Furnizorul specializat în servicii de a doua opinie medicală va comunica cu acesta prin telefon, apel video sau e-mail.

6. SECȚIUNEA 6 – EXCLUDERI GENERALE

- 6.1. Pe lângă excluderile prevăzute pentru fiecare secțiune de acoperire, se aplică următoarele excluderi generale:

Nu se acorda indemnizație de asigurare pentru evenimentele produse/cauzate:

- (i) în timpul perioadei de excludere;
- (ii) ca rezultat al epidemiilor clasificate drept epidemie de către Organizația Mondială a Sănătății;
- (iii) ca rezultat direct sau indirect din:
 - război sau acte de terorism;
 - participarea Asiguratului la acțiuni de război (război activ);
- (i) ca urmare a riscurilor nucleare;
- (ii) în mod intenționat sau accidental, de:
 - utilizarea și/sau imposibilitatea de a utiliza orice computer, aplicație, software sau program;
 - orice virus informatic;
 - orice farsă/înșelătorie informatică legată de oricare dintre cele de mai sus.

În această excludere „computer” înseamnă o mașină sau un dispozitiv care efectuează procese, calcule și operațiuni pe baza instrucțiunilor furnizate de programe software sau hardware, având capacitatea de a accepta date (input), de a le procesa și apoi de a produce rezultate (output). Acesta include, de exemplu, telefoane mobile, smartphone-uri și tablete.

7. SECȚIUNEA 7 – REZOLUȚIUNEA POLIȚEI DE ASIGURARE

7.1. Dreptul Asiguratului de rezoluțiune a poliței

- 7.1.1. Asiguratul poate rezoluționa Polița de asigurare în termen de 14 zile de la data de început a perioadei de asigurare sau, dacă Asiguratul a primit acest document la o dată ulterioară - în termen de 14 zile de la data la care l-a primit. Asiguratorul va rambursa orice primă plătită, cu condiția ca nu a fost formulată nicio cerere de despăgubire în baza Poliței de asigurare.
- 7.1.2. Asiguratul poate rezoluționa Polița de asigurare și în orice alt moment. La rezoluțiunea Poliței, în cazul în care Asiguratul nu a formulat nicio cerere de despăgubire, Asiguratul poate solicita restituirea primei de asigurare. Asiguratorul va restitui pro-rata primei de asigurare achitate. Mărimea primei spre restituire se va calcula în funcție de perioada de asigurare rămasă (proporțional). Taxa anuală aferentă Poliței, prevăzută în Certificatul de asigurare nu se restituie. Pentru rezoluțiunea Poliței, Asiguratul va contacta Agentul Bancassurance la datele de contact ale acestuia indicate în Secțiunea 1 a prezentelor Condiții.

7.2. Dreptul Asiguratorului de rezoluțiune a poliței

- 7.2.1. Asiguratorul poate rezoluționa Polița de asigurare prin transmiterea către Asigurat a unei notificări scrise cu cel puțin 60 de zile înainte la ultima adresă cunoscută. În cazul în care Asiguratorul rezoluționează Polița, orice cerere de despăgubire pe care Asiguratul a formulat-o deja sau orice cerere de despăgubire aferentă unui eveniment produs înainte de data rezoluțiunii nu va fi afectată. În cazul în care Asiguratul nu a formulat nicio cerere de despăgubire în baza Poliței, se va acorda o rambursare a primei de asigurare pro-rata (proporțională). Mărimea primei spre rambursare se va calcula în funcție de perioada de asigurare rămasă.
- 7.2.2. Asiguratorul poate rezoluționa Polița de asigurare dacă:
 - intervine o modificare a riscului, astfel încât Asiguratorul nu mai poate oferi acoperire;

- Asiguratul manifesta un comportament amenințător sau abuziv față de Asigurator, față de Agentul Bancassurance sau față de administratorul de daune; sau
- Asiguratul nu cooperează cu Asiguratorul, cu Agentul Bancassurance sau cu administratorul de daune ori nu furnizează informațiile solicitate.

7.3. **Modificarea riscului asigurat**

În cazul modificării întinderii riscului asigurat pe durata perioadei de asigurare, Asiguratorul poate revizui prima de asigurare, în conformitate cu legislația aplicabilă și cu acordul părților, dacă o asemenea modificare influențează nivelul riscului asumat. Orice modificare a primei produce efecte numai după informarea Asiguratului și acceptarea acesteia, în cazurile prevăzute de lege.

8. **SECȚIUNEA 8 –DEPUNEREA RECLAMAȚIEI**

- 8.1. În cazul când apar situații în care Asiguratul considera necesar să depună o reclamație o poate face la adresa:

DONARIS Vienna Insurance Group SA

Mun. Chișinău, bd. Moscova 15/7

Tel: 022-265-700

e-mail: office@donaris.md

web: www.donaris.md

9. **SECȚIUNEA 9 – INFORMAȚII PRIVIND REGLEMENTĂRILE ȘI CADRUL LEGAL**

9.1. **Asiguratorul**

DONARIS Vienna Insurance Group SA

Mun. Chișinău, bd. Moscova 15/7

Tel: 022-265-700

e-mail: office@donaris.md

web: www.donaris.md

9.2. **Detalii pentru reglementare**

DONARIS Vienna Insurance Group SA

Mun. Chișinău, bd. Moscova 15/7

Tel: 022-265-700

e-mail: office@donaris.md

web: www.donaris.md

9.3. **Notă de informare privind protecția datelor**

În scopul administrării Poliței de asigurare, evaluării și plății indemnizațiilor, prevenirii fraudei, precum și al respectării obligațiilor legale și de reglementare, Asiguratorul colectează date cu caracter personal, inclusiv date privind sănătatea atunci când este relevant pentru gestionarea cererilor de despăgubire.

Datele cu caracter personal vor fi prelucrate în conformitate cu cadrul legal aplicabil din Republica Moldova privind protecția datelor cu caracter personal, inclusiv Legii nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal, cu modificările ulterioare, precum și orice act normativ care o va înlocui și va deveni aplicabil.

Transferurile transfrontaliere de date cu caracter personal vor fi efectuate numai în măsura în care sunt permise de legislația Republicii Moldova și sub rezerva aplicării garanțiilor adecvate.

9.4. **Legea aplicabilă și jurisdicția**

Prezentele condiții sunt guvernate de legile Republicii Moldova și se supun jurisdicției a instanțelor din Moldova.

9.5. **Limba și comunicările cu clienții**

Toate documentele aferente Poliței de asigurare și comunicările vor fi furnizate în limba română. Orice traducere este oferită doar pentru comoditate, limba română prevalând.

9.6. **Clauza cu privire la sancțiuni**

Asigurătorul va fi exonerat să ofere acoperirea de asigurare sau să efectueze plăți sau furnizeze vreun serviciu sau beneficiu unei părți asigurate sau unei alte părți, în măsura în care o astfel de acoperire, plată, serviciu, beneficiu și / sau dacă orice afacere sau activitate a Asiguratului ar încălca oricare din sancțiunile aplicabile comerciale sau embargouri financiare sau sancțiuni economice, legi sau reglementari, care sunt direct aplicabile Asigurătorului. Sancțiunile aplicabile sunt precum urmează: (i) legile sau reglementările Republicii Moldova; (ii) sancțiuni ale Uniunii Europene (UE); (iii) sancțiuni ale Regatului Unit al Marii Britanii; (iv) sancțiuni ale Organizației Națiunilor Unite (ONU); (v) sancțiuni ale Statelor Unite ale Americii (SUA) și / sau (vi) orice alte sancțiuni aplicabile Asiguratorului.

10. SECȚIUNEA 10 – DEFINIȚII

Cuvintele și expresiile enumerate mai jos au același înțeles oriunde apar în prezentele Condiții.

- 10.1. **Accident** - eveniment subit, fortuit, extern și independent de voința Asiguratului, care are loc la un moment și într-un loc identificabil, pe durata perioadei de asigurare și care are ca rezultat decesul din accident sau vătămarea corporală.
- 10.2. **Accident vascular cerebral (AVC)** - un incident cerebrovascular care are ca rezultat necroza ireversibilă a țesutului cerebral, cauzată de hemoragie intracraniană sau de embolism ori tromboză

într-un vas intracranian. Acest eveniment trebuie să determine o afectare neurologică funcțională permanentă cu semne neurologice obiective anormale evidențiate la examinarea clinică de către un medic neurolog, la cel puțin 3 (trei) luni după eveniment. Diagnosticul trebuie, de asemenea, să fie susținut de constatări la investigații imagistice cerebrale și să fie compatibil cu diagnosticul unui nou AVC.

Sunt excluse următoarele:

- a) atacurile ischemice tranzitorii (AIT/TIA);
- b) leziunile cerebrale cauzate de un accident sau traumatism;
- c) afecțiunile vaselor de sânge care afectează ochiul, inclusiv infarctul nervului optic sau al retinei;
- d) tulburările ischemice ale sistemului vestibular;
- e) AVC-ul silențios/asimptomatic, depistat incidental la investigații imagistice.

10.3. **Administrator de daune:** IUTE Affinity OÜ

10.4. **Afecțiune preexistentă** - orice afecțiune, vătămare, boală sau maladie ori condiție conexă și/sau simptome asociate, indiferent dacă au fost sau nu diagnosticate, care în perioada de 12 (douăsprezece) luni imediat anterioară datei de început a perioadei de asigurare:

- erau cunoscute de Asigurat sau ar fi trebuit, în mod rezonabil, să fie cunoscute; sau
- Asiguratul a consultat ori a programat o consultație la un cadru medical / medic în legătură cu acestea.

În cazul Poliței de asigurare reînnoite, data de început a perioadei de asigurare este data de început a Poliței inițiale.

10.5. **Afecțiuni acoperite** - cancer, accident vascular cerebral (AVC), intervenție chirurgicală de bypass aorto-coronarian, transplant de organ major.

10.6. **Agent Bancassurance** - O.C.N. „IUTE CREDIT” S.R.L.

10.7. **Asigurat** - persoana care adera la asigurarea de protecție personală menționată în Certificatul de asigurare.

10.8. **Beneficiarul poliței** - O.C.N. „IUTE CREDIT” S.R.L., după caz Asiguratul conform celor stabilite de prezentele Condiții.

10.9. **Boală critică** - o afecțiune diagnosticată, care nu reprezintă o afecțiune preexistentă la data de început a perioadei de asigurare.

10.10. **Cadru medical** - un medic, asistent medical, terapeut ocupațional, farmacist sau fizioterapeut calificat, care:

- este înregistrat(ă) în Republica Moldova; și
- își desfășoară activitatea în Republica Moldova; și
- este calificat(ă) să emită certificate/adeverințe privind aptitudinea de muncă.

Această persoană nu poate fi Asiguratul și nu poate fi un membru de familie, partener sau partener civil.

- 10.11. **Cancer** - o tumoră malignă caracterizată prin creșterea necontrolată și răspândirea celulelor maligne, care determină invazia și distrugerea țesuturilor sănătoase. În sensul prezentei Polițe, cancerul include leucemia, limfomul, sarcomul și boala Hodgkin.

Diagnosticul trebuie confirmat prin:

- a) un raport histopatologic (patologie) valabil; și
- b) un raport emis de un medic specialist cu calificare corespunzătoare.

Următoarele nu sunt acoperite în cadrul acestei definiții a cancerului:

- a) tumorile descrise ca benigne, pre maligne, cu malignitate de graniță, cu potențial malign redus sau neinvazive;
- b) leziunile clasificate ca carcinom in situ (Tis) sau Ta conform Clasificării TNM AJCC, Ediția a 7-a;
- c) toate cancerele de piele non-melanom;
- d) cancerul de prostată, cu excepția cazului în care tumora are scor Gleason mai mare de 6 sau a atins cel puțin stadiul T2N0M0 conform Clasificării TNM AJCC, Ediția a 7-a;
- e) melanomul cu grosimea de 1,0 mm sau mai mică, clasificat ca T1aN0M0;
- f) cancerul tiroidian cu diametrul mai mic de 2 cm, clasificat ca T1N0M0;
- g) orice tip de cancer diagnosticat în prezența infecției cu HIV, incluzând, fără a se limita la limfomul sau sarcomul Kaposi.

- 10.12. **Contract de credit** - contractul de credit încheiat de Asigurat cu O.C.N. „IUTE CREDIT” S.R.L

- 10.13. **Data de început a perioadei de asigurare** - data de la care începe acoperirea de asigurare. Aceasta este aceeași dată cu data începerii contractului de credit.

- 10.14. **Deces din accident** - decesul survenit ca urmare a unei vătămări corporale, în termen de 12 luni de la data producerii accidentului. Decesul trebuie confirmat de către un medic și prin prezentarea unui certificat oficial de deces.

- 10.15. **Intervenție chirurgicală de bypass** - efectuarea efectivă a unei intervenții chirurgicale pe cord deschis, cu toracotomie și sternotomie, pentru corectarea îngustării sau blocării uneia sau mai multor artere coronare, prin inserarea unuia sau mai multor grefe de bypass. Dovada angiografică preoperatorie a unei obstrucții coronariene de peste 50% trebuie prezentată, iar procedura trebuie considerată necesară din punct de vedere medical de către un medic cardiolog consultant (specialist).

Sunt excluse: angioplastia cu balon (PTCA), cateterismul cardiac, procedurile cu laser, rotablate, stentarea și toate celelalte tehnici intra-arteriale bazate pe cateter. De asemenea, este exclusă intervenția de bypass coronarian prin tehnica „key-hole” (minim invazivă).

- 10.16. **Furnizor specializat în servicii de a doua opinie medicală** - Organizație de servicii medicale care, în baza unui contract de colaborare cu Asiguratorul, oferă servicii de coordonare a cazurilor clinice și facilitează emiterea de opinii medicale de specialitate în format scris. Procesul include colectarea și evaluarea documentelor medicale existente ale pacientului și emiterea unei a doua opinii medicale scrise, care poate confirma, detalia sau diferi de diagnosticul și/sau planul de tratament inițial.

- 10.17. **Perioada de asigurare** - perioada de 12 luni. In cazul in care polița se reînnoiește la expirarea perioadei de 12 luni, atunci noua perioada de asigurare poate fi mai mica de 12 luni, in funcție de data la care expira contractul de credit.
- 10.18. **Perioadă de excludere** - primele 60 (șaizeci) de zile de la data de început a perioadei de asigurare.
- 10.19. **Război** - (a) război, invazie, acte ale inamicilor externi, ostilități (indiferent dacă războiul este declarat sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, insurecție, putere militară sau uzurpată, revoltă sau tulburări civile care iau proporțiile ori echivalează cu o răscoală, putere militară sau uzurpată; sau (b) orice act de terorism; sau (c) orice act de război sau terorism care implică utilizarea ori eliberarea, sau amenințarea cu utilizarea ori eliberarea, a oricărei arme ori dispozitiv nuclear sau a oricărui agent chimic ori biologic.
- 10.20. **Război activ** - participarea activă a Asiguratului la un război în situația în care, potrivit legislației Republicii Moldova, se consideră că acționează sub instrucțiunile sau este angajat de forțele armate ale oricărei țări.
- 10.21. **Riscuri nucleare** - radiații ionizante sau contaminare prin radioactivitate provenită din orice combustibil nuclear ori din orice deșeu nuclear rezultat din arderea combustibilului nuclear sau proprietăți radioactive, toxice, explozive ori alte proprietăți periculoase ale oricărei instalații/asamblări nucleare explozive sau ale oricărui component nuclear al acesteia.
- 10.22. **Soldul creditului** - suma rămasă de rambursat conform graficului de plata anexa la contractul de credit. Aceasta nu include dobânzi și penalități aplicate ca urmare a neachitării la scadență a ratelor lunare.
- 10.23. **Spital** - o instituție care:
- dispune de facilități permanente, cu funcționare fără întrerupere pentru îngrijirea pacienților internați peste noapte; și
 - are facilități pentru diagnosticarea și tratamentul medical și chirurgical al persoanelor bolnave, efectuat de profesioniști din domeniul sănătății; și
 - asigură servicii de îngrijire medicală 24/24 ore, sub supravegherea unor asistenți medicali generaliști autorizați sau a unor asistenți medicali cu calificări similare recunoscute; și
 - nu este o instituție de psihiatrie, azil/centru de îngrijire, hospice, centru de convalescență sau centru rezidențial de îngrijire.
- 10.24. **Spitalizare** - internarea Asiguratului ca pacient internat într-un spital, ca urmare a unui accident, pentru o perioadă minimă de 7 (șapte) zile consecutive.
- 10.25. Suma asigurata - valoarea inițială a creditului.
- 10.26. **Terorism** - un act care include utilizarea sau amenințarea cu utilizarea forței și/sau a violenței de către orice persoană sau grup(uri) de persoane, fie acționând individual, fie în numele ori în legătură cu orice organizație sau guvern, comis în scopuri sau din motive politice, religioase, ideologice ori similare, inclusiv cu intenția de a influența orice guvern și/sau de a induce teamă publicului ori oricărei părți a publicului.
- 10.27. **Transplant de organ major** - efectuarea efectivă, în calitate de beneficiar (recipient), a unui transplant de inimă, plămân, ficat, pancreas sau rinichi. Transplantul de măduvă osoasă este de asemenea acoperit dacă persoana asigurată a efectuat transplantul, iar un medic specialist

confirmă faptul că transplantul de măduvă osoasă a fost necesar din punct de vedere medical. Acest transplant trebuie să fi fost considerat necesar din punct de vedere medical pentru tratarea insuficienței ireversibile în stadiu terminal a organului relevant sau a măduvei osoase.

Sunt excluse transplanturile de celule stem și transplanturile de celule insulare.

- 10.28. **Valoarea inițială a creditului** - suma pe care Asiguratul o datorează în baza contractului de credit la data emiterii Poliței de asigurare valabile.
- 10.29. **Valoarea maximă a indemnizației de asigurare** - suma maximă pe care Asiguratorul o va plăti în cazul unei cereri de despăgubire aprobate.
- 10.30. **Valoarea ratei lunare** - suma lunară pe care Asiguratul are obligația să o achite în fiecare lună în baza contractului de credit conform graficului de plata anexa la contractul de credit.
- 10.31. **Vătămare corporală** - o leziune fizică identificabilă survenită în urma unui accident pe durata perioadei de asigurare care, în mod exclusiv și independent de orice altă cauză (cu excepția bolii, afecțiunii sau tulburării survenite direct ca rezultat al unei asemenea leziuni ori a tratamentului medical sau chirurgical impus de aceasta), are ca rezultat decesul sau invaliditatea Asiguratului în termen de 12 luni de la data accidentului.