

**APROBAT**  
**prin Hotărârea Consiliului**  
**de administrație al**  
**SAR "DONARIS GROUP" S.A.**

Nr.24/11 din "28" noiembrie 2011

## **Președintele Consiliului de Administrație**

/Dinu Gherasim/



## **Asigurările generale Clasa 2**

# **ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE**

# **C O N D I T I I**

- 1. Noțiuni generale**
  - 2. Subiectele asigurării**
  - 3. Obiectul asigurării**
  - 4. Contractul de asigurare, răspunderea asigurătorului, riscurile asigurate.**
  - 5. Suma asigurată, prima de asigurare, ordinea achitării ei**
  - 6. Ordinea încheierii și termenul de valabilitate a contractului de asigurare**
  - 7. Încetarea și înnoirea contractului de asigurare**
  - 8. Nulitatea contractului de asigurare**
  - 9. Drepturile și obligațiile Părților**
  - 10. Ordinea îndeplinirii obligațiunilor față de Persoanele asigurate**
  - 11. Condiții generale**
  - 12. Ordinea de soluționare a litigiilor**

*La prezentele Condiții de asigurare se anexează:*

1. Modelul cererii de asigurare
  2. Modelul contractului de asigurare facultativă a sănătății
  3. Modelul poliței de asigurare facultativă a sănătății
  4. Baza tehnică pentru calcularea primelor de asigurare și a rezervelor tehnice

CHISINĂU, 2011

Prezentele Condiții de asigurare facultativă a sănătății sunt elaborate în conformitate cu Codul Civil al Republicii Moldova, Legea Republicii Moldova nr.407-XVI din 21.12.2006 „Cu privire la asigurări” și alte acte normative.

## **I. Noțiuni generale**

1.1. În scopul reglementării Condițiilor de asigurare facultativă a sănătății (în continuare - Condiții), noțiunile utilizate au următoare semnificație:

**Asigurător – Societatea de Asigurare - Reasigurare ”DONARIS GROUP” SA**, care îm condițiile Legii Republicii Moldova nr.407-XVI din 21.12.2006 „Cu privire la asigurări”, în baza Statutului și a licenței de activitate și în corespondere cu prezentele Condiții deține dreptul de a desfășura activitatea de asigurare benevolă a sănătății pe teritoriul Republicii Moldova și după hotarele ei.

**Asigurat** - persoană fizică sau juridică, care a încheiat cu Asigurătorul un contract de asigurare benevolă a sănătății.

**Persoana asigurată** – persoană fizică, în favoarea căreia este încheiat Contractul de asigurare benevolă a sănătății.

**Contract de asigurare benevolă a sănătății** – act, încheiat benevol în baza Condițiilor de asigurare între Asigurat /contractant și Asigurător, în favoarea sa, sau/și a unei terțe persoane, conform căruia, primul își asumă obligația să achite prima de asigurare stabilită în contract, iar al doilea își asumă obligația să organizeze prestarea serviciilor medicale prevăzute în contractul de asigurare și, la survenirea cazului asigurat, să achite (Instituției medicale, persoanei asigurate) plata pentru asistență medicală acordată persoanelor asigurate conform programelor de asigurare, anexate la contractul de asigurare.

**Instituție medicală** – instituție medico – sanitară publică sau privată din Republica Moldova sau de peste hotarele republicii, indicată în polița de asigurare, cu care Asigurătorul este în relații contractuale și care, la survenirea cazului asigurat, acordă persoanelor asigurate asistență medicală în volumul și ordinea prevăzută de contractul de asigurare.

**Program de asigurare benevolă a sănătății** – document, care determină volumul și nomenclatorul serviciilor medicale, prestate persoanelor asigurate de către instituțiile medicale conform Contractului de asigurare.

**Caz asigurat** – accident (traumă, arsură, otrăvire ne infecțioasă), boală acută, acutizarea bolii cronice, prevăzut în contractul de asigurare, survenit în perioada de executare a contractului de asigurare, a cărui producere conferă asiguratului (persoanei asigurate) dreptul de a fi indemnizat sau despăgubit de asigurător și obligă asigurătorul să organizeze prestarea asistenței medicale conform programelor de asigurare și achitarea plășilor pentru asistență medicală acordată persoanei asigurate de instituțiile medicale, indicate în polița de asigurare, iar în caz de asistență medicală acordată în mod de urgență – în oarecare altă instituție medicală din Republica Moldova, unde persoana asigurată a fost internată și a achitat parțial sau integral contra plată serviciile medicale prevăzute de contractul de asigurare.

**Risc** – este un eveniment neprevăzut, posibil și viitor, care ar putea afecta sănătatea persoanei asigurate.

**Risc asigurat** – fenomen, eveniment sau grup de fenomene (accident (traumă, arsură, otrăvire ne infecțioasă), boală acută, acutizarea bolii cronice), prevăzute în Contractul de asigurare care, odată produse, pot genera prejudiciu sănătății persoanei asigurate.

**Perioada de asigurare** - perioada de timp indicată în contractul de asigurare și polița de asigurare în decursul căreia la survenirea cazului asigurat persoana asigurată beneficiază de asistență medicală conform programelor de asigurare, anexate la Contractul de asigurare.

**Prima de asigurare** – suma de bani, în valută națională, pe care Asiguratul este obligat să o plătească Asigurătorului, la eliberarea poliței de asigurare, în modul prevăzut de Contractul de asigurare, în schimbul preluării de către Asigurător a riscului asigurat.

**Suma de asigurare** – limita maximă de bani în valută națională a răspunderii Asigurătorului în cazul producerii cazului asigurat în limita căreia Asigurătorul garantează organizarea prestării

serviciilor medicale și achitarea plășilor pentru asistența medicală acordată persoanelor asigurate în conformitate cu programele de asigurare, anexate la Contractul de asigurare.

**Polița de asigurare** - certificat, care atestă încheierea contractului de asigurare, forma căreia este stabilită de Asigurător și eliberată fiecărei persoane asigurate la achitarea primei de asigurare, în care sunt indicate denumirea părților contractante, numele și prenumele persoanei asigurate și vârstă acesteia, perioada de asigurare, programul de asigurare, solicitat de Asigurat, prima de asigurare și termenul achitării acesteia, suma de asigurare, Instituția medicală, de serviciile căreia poate beneficia persoana asigurată, noțiunea de risc asigurat.

## ***II. Subiectele asigurării***

2.1. Subiectele asigurării facultative ale sănătății sunt Asigurătorul, Asiguratul, persoana asigurată și Instituțiile medicale, care prestează serviciile medicale contractate și sunt indicate în polița de asigurare.

2.2. În baza prezenterelor Condiții Asigurătorul încheie Contracte de asigurare cu Asiguratul și garantează persoanelor asigurate organizarea asistenței medicale și achitarea plășilor (instituției medicale, persoanei asigurate) pentru serviciile medicale prestate acestora în conformitate cu Contractul de asigurare.

2.3. Persoanele asigurate, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, pot fi persoanele fizice de orice vîrstă.

## ***III. Obiectul asigurării***

3.1. Obiectul asigurării facultative ale sănătății îl constituie interesul patrimonial al persoanei asigurate, care la survenirea riscului asigurat, prevede achitarea (instituției medicale, persoanei asigurate) de către Asigurător a cheltuielilor legate de asistența medicală prestată acesteia conform Contractului de asigurare.

## ***IV. Contractul de asigurare, răspunderea Asigurătorului***

4.1. Asigurătorul organizează acordarea asistenței medicale calificate și oportune în Instituțiile medicale indicate în polița de asigurare, în conformitate cu programele de asigurare, anexate la Contractului de asigurare, în limita sumei de asigurare indicate în polița de asigurare.

4.2. Prezentele Condiții, dacă Contractul de asigurare nu prevede altfel, prevăd prestarea asistenței medicale în Instituțiile medico – sanitare publice sau private din Republica Moldova sau/și de peste hotarele republicii, indicate în polița de asigurare, cu care Asigurătorul este în relații contractuale și care, la survenirea cazului asigurat, acordă persoanelor asigurate asistență medicală în volumul și ordinea prevăzută de Contractul de asigurare.

4.3. Volumul concret al serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate este stabilit în programele de asigurare, elaborate în baza prezenterelor Condiții (parte integrală a Contractului de asigurare) după cum urmează:

### **A. PROGRAM STANDARD**

#### **Programul prevede:**

##### **a. În condiții de policlinică și ambulator**

1. Organizarea și prestarea de către medicul terapeut de calificare superioară a serviciilor medicale consultative (fără îndreptările medicului de familie).

2. Acordarea persoanelor asigurate, la survenirea cazului asigurat și indicația medicului curant, a asistenței medicale de ambulator cu efectuarea complexă a investigațiilor diagnostice de laborator și instrumentale, perfectarea avizelor și recomandărilor corespunzătoare.

3. Organizarea și efectuarea consultațiilor persoanelor asigurate de către specialiști de profil a Instituției medicale, indicate în polița de asigurare, inclusiv de către specialiști cu grad științific.

4. Tratamentul fizioterapeutic, indicate de medicul curant și fizioterapeut, care constituie un element suplimentar și efectiv necesar pentru tratamentul medicamentos al cazului asigurat.

5. Asistență stomatologică de urgență, care include înlăturarea durerii acute, efectuarea rentgenoscopiei (grafiei), extracția dinților afectați, deschiderea (operatorie) și tratarea abceselor și flegmoanelor, folosind preparatele anestezice necesare.

6. Remiterea documentelor medicale necesare persoanelor asigurate (avize, extrase, certificate de incapacitate de muncă), indiferent de locul de trai al acestora.

#### **b. În condiții de statonian**

1. Spitalizarea asiguraților în saloane tip de 2-3-paturi în termen optim pentru acordarea asistenței medicale de urgență și spitalizarea planificată nu mai târziu de 3 zile din momentul adresării în instituția medicală indicată în poliția de asigurare.

2. Examinarea complexă clinico - funcțională, de laborator și instrumentală în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului respectiv.

3. Examinarea asiguraților (efectuarea testelor clinice și de laborator, investigațiilor endoscopice, ultrasonore, computerizate, radiozotopice și altele) la indicația medicului în alte Instituții medicale, dacă acestea nu pot fi efectuate în Instituția indicată în poliță de asigurare

4. Acordarea la survenirea cazului asigurat a asistenței medicale în secția de terapie intensivă și reanimare, tratarea Asiguraților în secții specializate ale Instituțiilor medicale indicate în poliță de asigurare conform standardelor medicale aprobate de Ministerul Sănătății al RM.

5. Administrarea preparatelor medicamentoase necesare pentru tratamentul efectiv al cazului asigurat, prescrise de medicul curant, instrumentarului medical (seringi, sisteme pentru perfuzii, catetere și altele), serviciilor și mărfurilor prestate în mod obișnuit de Instituțiile medicale.

6. Tratament fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut ca un element suplimentar necesar la tratamentul medicamentos.

7. Efectuarea, la necesitate, a intervențiilor chirurgicale, iar, la prezența indicațiilor medicale, a intervențiilor chirurgicale reparatorii, care țin de înlăturarea consecințelor cazului de asigurare.

8. Tratarea asiguraților de către medici cu grad înalt de calificare, cooptarea, la necesitate, a colaboratorilor catedrelor de medicină sau a specialiștilor principali ai altor Instituții medicale.

9. Deservire medicală și servicii prestate în mod obișnuit de către asistenți medicali și infirmieri în Instituțiile medicale.

10. Remiterea, la externarea asiguraților din spital, a documentelor medicale necesare (avize, extrase, certificate de incapacitate de muncă), indiferent de locul de trai.

Notă informativă:

*Internările planice se efectuează cu acordul anterior al Asigurătorului.*

*În cazurile internări de urgență, în caz de accident sau deregлare acută a sănătății, într-o altă Instituție medicală de cătă cea indicată în poliță de asigurare, persoana asigurată sau apropiații acestiei vor informa Asigurătorul despre acest fapt pentru a organiza și ai asigura în continuare servicii medicale de calitate înaltă.*

*Pe tot parcursul perioadei de asigurare medicii experți calificați ai Asigurătorului efectuează în permanență controlul calității, volumului și oportunității serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.*

## **B. PROGRAM COMPLEX**

**Programul prevede:**

#### **a. Servicii medicale prestate în condiții de policlinică:**

1. Efectuarea pe parcursul a 30 de zile de la primirea poliței de asigurare a unui examen medical specializat (terapeut, cardiolog, neurolog, ginecolog, gastrolog, urolog, e.t.c.), a investigațiilor diagnostice (analiza generală a sângei și urinei, ECG, UZI ), cu elaborarea recomandațiilor respective.

2. Vizite curativ – diagnostice la medici specialiști de calificare înaltă: (terapeut, cardiolog, neurolog, ginecolog, gastroenterolog, oncolog, endocrinolog, alergolog, e.t.c.),

3. Investigații diagnostice de laborator (clinice, biochimice, serologice, teste alergologice).

4. Investigații instrumental – diagnostice (ultrasonore, endoscopice, rentghenologice), precum, cu acordul anterior al Asigurătorului, și a tomografiei computerizate, a magnito – rezonanței computerizate.

5. Determinarea unui medic terapeut de calificare înaltă (medic de familie) sau a unui medic specialist experimentat (coordonator) pentru prestarea serviciilor medicale primare și specializate.

6. Tratamentul fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut, care constituie un element suplimentar necesar al tratamentului medicamentos efectuat, la survenirea cazului asigurat.

7. Acoperirea de către Asigurător a cheltuielilor suportate de persoana asigurată la utilizarea medicamentelor prescrise de medicul specialist și administrate în cadrul tratamentului ambulatoriu în condițiile staționarului de zi al Instituției medicale indicate în polița de asigurare.

8. Asistență stomatologică de urgență, ce include consultația medicului stomatolog, înlăturarea durerii acute, efectuarea rentgenoscopiei (grafiei), extracția dinților afectați, deschiderea (operatorie) și tratarea abceselor, flegmoanelor, și alte stări acute, folosind preparatele anestezice necesare.

**b. Tratament în condiții de stationar** se efectuează în Instituția medicală indicată în polița de asigurare sau, cu acordul anticipat al Asigurătorului, într-o altă Instituție medicală specializată echivalentă, care prevede:

1. Spitalizarea asiguraților în saloane de 2-3-paturi cu condiții de cazare avansate.

2. Examinarea complexă clinico-funcțională, de laborator și instrumentală în scopul stabilirii diagnosticului și prescrierii tratamentului efectiv.

3. Acordarea asistenței medicale în secția de terapie intensivă și reanimare, în secții specializate ale instituției medicale indicate în polița de asigurare.

4. Tratarea asiguraților de către medici cu grad înalt de calificare, cooptarea, la necesitate, a colaboratorilor catedrelor de medicină sau a specialiștilor principali ai altor instituții medicale.

5. Administrarea preparatelor medicamentoase necesare pentru tratamentul efectiv al cazului asigurat, prescrise de medicul curant, serviciilor și mărfurilor prestate în mod obișnuit de Instituțiile medicale.

6. Tratament fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut ca un element suplimentar necesar la tratamentul medicamentos.

6. Efectuarea intervențiilor chirurgicale, iar la prezența indicațiilor medicale, a intervențiilor chirurgicale reparatorii, care țin de înlăturarea consecințelor cazului de asigurare.

7. Examinarea persoanelor asigurate (efectuarea testelor clinice și de laborator, investigațiilor endoscopice, ultrasonore, computerizate, radiozotopice și altele) la indicația medicului, în alte Instituții medicale, dacă acestea nu pot fi efectuate în instituția medicală indicată în polița de asigurare.

Notă informativă:

*Internările planice se efectuează cu acordul anterior al Asigurătorului.*

*În cazurile internări de urgență, în caz de accident sau deregлare acută a sănătății, într-o altă instituție medicală de căt cea indicată în polița de asigurare, persoana asigurată sau apropiații acesteia vor informa Asigurătorul despre acest fapt pentru a organiza și ai asigura în continuare servicii medicale de calitate înaltă.*

*Pe tot parcursul perioadei de asigurare medicii experți calificați ai Asigurătorului efectuează în permanență controlul calității, volumului și oportunității serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.*

4.4. La solicitare Asiguratului, Asigurătorul poate elabora programe de asigurare care vor include servicii medicale suplimentare (servicii stomatologice planice, vaccinarea contra gripei umane, servicii medicale prestate după hotarele republicii, tratamentul maladiilor oncologice, diabetului zaharat, etc).

4.5. Mărimea primelor de asigurare pentru programele de asigurare, care prevăd acoperirea cheltuielilor medicale pentru servicii medicale prestate suplimentar celor prevăzute de programele de asigurare expuse mai sus sau prevăd excluderea unor servicii medicale din aceste programe este stabilită de către Asigurător de comun acord cu Asiguratul.

4.6. Asigurătorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, nu achită plata pentru cheltuielile de tratament ale persoanei asigurate, dacă:

a) Persoanei asigurate, fără acordul anterior al Asigurătorului, i-au fost acordate servicii medicale, care nu sunt prevăzute de programul de asigurare, indicat în polița de asigurare;

b) Persoanei asigurate, fără acordul Asigurătorului, i-au fost acordate servicii medicale în Instituțiile medicale, care nu sunt indicate în polița de asigurare, cu excepția cazurilor de urgență.

4.7. Asigurătorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, nu restituie Instituției medicale cheltuielile pentru serviciile medicale, acordate persoanei asigurate, în rezultatul următoarelor boli sau (și) complicațiile acestora (din momentul stabilirii diagnozei):

4.7.1. Trauma, îmbolnăvirea sau otrăvirea și consecințele acestora, suportate de persoana asigurată în caz de:

- a) ebrietate alcoolică, narcotică sau toxică;
- b) participarea la acțiuni militare, tulburări în mase;
- c) tentativă de sinucidere, cu excepția cazurilor determinării la sinucidere, confirmată de organele de resorț.

4.7.2. Maladii oncologice;

4.7.3. Maladii sexual-transmisibile, SIDA;

4.7.4. Boli psihice;

4.7.5. Boli infecțioase, tuberculoza, sarcoidoza, mucoviscidoza, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;

4.7.6. Sarcină și complicațiile ei, avortul, nașterea și complicațiile lor;

4.7.7. Tratamentul patologiilor sexuale (impotență, sterilitatea);

4.7.8. Tratamentul stomatologic și ortodontic, cu excepția stărilor chirurgicale acute și sindromului algic;

4.7.9. Adresare în Instituția medicală pentru examen medical în scopul obținerii permisului de conducere al unităților de transport și de port-armă, examenul medico-profilactic la care periodic sunt supuși angajații Asiguratului;

4.7.10. Alcoolizmul, diabetul zaharat;

4.7.11. Aflare în staționar pentru simpla beneficiere de asistență de curatelă și reabilitare, inițiată de persoana asigurată;

4.7.12. Intervenții de chirurgie plastică și ortopedică, protezare dentară și ortodontică, în afara cazurilor care țin de corecție sau restabilire după accidentele survenite în perioada de asigurare;

4.7.13. Modificarea greutății;

4.7.14. Utilizarea și ajustarea aparatelor medicale de corecție (dispozitive auditive și implanțați auditivi, ochelari, linse de contact), tratamentul și investigațiile corespunzătoare;

4.7.15. Intervenție chirurgicală planificată a ochiului, cu scopul de a corecta astigmatismul, hipermetropia, miopia;

4.8. Asigurătorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, nu încheie Contracte de asigurare în favoarea persoanelor, care la momentul perfectării Contractului:

- Se află la tratament în condiții de staționar;
- Le este stabilit gradul de invaliditate;
- Se află la evidență în dispensarele narcologice, psihoneurologice, de ftiziatrie, dermatovenerologice;
- Sunt HIV infectați sau bolnavi de SIDA.

Notă. În cazul solicitării includerii în programul de asigurare și achitarea cheltuielilor medicale suportate la tratamentul maladiilor enumerate în p. p. 4.6 - 4.8. ale prezentelor Condiții prima de asigurare se va majora în dependență de serviciile medicale suplimentar incluse în programul de asigurare.

4.8. Asigurătorul nu poartă răspundere pentru cazurile de asigurare, survenite până la începerea și după expirarea perioadei de asigurare indicată în polița de asigurare, precum și pentru perioada de suspendare a valabilității acestuia.

4.9. Dacă în perioada de asigurare a fost depistată o boală, pentru care Contractul de asigurare nu prevede acordarea asistenței medicale, persoanei asigurate i se garantează îndreptarea într-o instituție medicală specializată, cu prezentarea documentelor medicale necesare.

În asemenea cazuri, dacă Contractul de asigurare nu prevede altceva, tratamentul ulterior în Instituția medicală specializată nu este plătit de către Asigurător.

## **V. Suma de asigurare, prima de asigurare și ordinea achitării ei.**

5.1 Suma de asigurare în valută națională este stabilită de Asigurător de comun acord cu Asiguratul pentru fiecare persoană asigurată și este indicată în Contractul de asigurare.

5.2. Mărimea primelor de asigurare este calculată de Asigurător în baza tarifelor de asigurare în vigoare și depinde de termenul de asigurare, factorii de risc stabiliți de Asigurător (starea

sănătății, vârsta, condițiile de muncă), numărul persoanelor asigurate, programele de asigurare și categoria Instituției medicale solicitate.

În cazul depistării la o persoană supusă asigurării (în baza declarației de sănătate) a unuia sau câtorva factori de risc, prima de asigurare va fi **majorată**.

În acest caz se ia în calcul factorul de risc din cei prezenți în tabelul de mai jos, care are cel mai înalt coeficient, care se aplică în mod individual pentru fiecare persoană asigurată conform următoarei tabele:

<b>Factori de risc</b>	<b>Cuantumul coeficientului</b>
<b>1.Grupele de vârstă:</b>	
până la 4 ani	2.0
de la 4 până la 14 ani	1.5
de la 15 până la 45 ani	1.0
de la 46 până la 55 ani	1.1
de la 56 până la 60 ani	1.2
de la 61 până la 65 ani	1.3
de la 66 până la 70 ani	1,5
de la 71 până la 75 ani	1.7
peste 76 ani	1.9
<b>2. Condiții nocive de muncă</b>	1.5
<b>3. Prezența bolilor cronice (cu excepția maladiilor oncologice, diabetului zaharat, cerozei hepatice prezente la data semnării contractului de asigurare)</b>	2.0
<b>4. Prezența bolilor grave: Diabetul zaharat, ceroza hepatică, hepatite cronice decompensate, maladii oncologice maligne</b>	3.0

5.3. La solicitarea Asiguratului prima de asigurare poate fi achitată prin virament la contul de decontare al Asigurătorului sau în numerar la casieria Asigurătorului în mod unic pentru toată perioada de asigurare sau în rate, dacă nu este altceva prevăzut de Contractul de asigurare.

**NOTĂ:** Prima unică sau prima inițială este achitată în decurs de cel mult 30 zile de la data semnării Contractului de asigurare.

5.4. Dacă prima de asigurare unică sau inițială (în cazul achitării acestei în rate) nu a fost achitată în decurs de 30 zile de la data semnării Contractului de asigurare, prima de asigurare stipulată în Contractul de asigurare poate fi majorată la discreția Asigurătorului (în cazul majorării în această perioadă a costului serviciilor medicale solicitate).

5.5. În cazul modificării în perioada de asigurare a prețurilor la serviciile medicale prestate persoanelor asigurate cu mai mult de 30%, Asigurătorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, are dreptul să modifice mărimea primei de asigurare, cu condiția că coeficientul de majorare al primei de asigurare inițiale, pentru perioada de asigurare ne expirată, nu va fi mai mare decât coeficientul de majorare a costului serviciilor medicale contractate.

5.6. Despre modificarea mărimii primelor de asigurare și termenul de aplicare a acestora, Asigurătorul îl notifică în scris pe Asigurat cu o anticipație de 30 zile.

5.7. La refuzul Asiguratului de a achita prima de asigurare suplimentară Asigurătorul are dreptul, după prestarea serviciilor medicale în limită de 70% din prima de asigurare achitată, să rezilieze sau să suspende răspunderea Asigurătorului și să anunțe Instituția medicală respectivă despre rezilierea sau suspendarea prestării serviciilor medicale cu o anticipație de 30 zile.

## **VI. Ordinea încheierii și termenul de valabilitate a contractului de asigurare**

6.1. Pentru încheierea Contractului de asigurare Asiguratul va prezenta Asigurătorului o cerere depusă în scris.

6.2. Dacă asigurării colective este supus un colectiv mai mare de 50 salariați la cererea depusă se anexează lista salariaților, unde se indică numele și prenumele persoanelor supuse asigurării, data, luna și anul nașterii acestora, funcția, factorii nocivi de muncă (dacă persistă).

În acest caz factorii de risc sunt aplicăți numai față de persoanele care la data încheierii Contractului de asigurare au mai mult de 60 de ani împliniți, precum și față de membrii familiilor persoanelor asigurate supuse asigurării (incluse în lista persoanelor asigurate ale Asiguratului), indiferent de vîrstă.

6.3. Dacă asigurării colective este supus un colectiv mai mic de 50 salariați, după depunerea cererii de asigurare, fiecare salariat, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, v-a perfectat o anchetă-declaratie a sănătății sau, la decizia Asigurătorului, poate fi supus controlului medical, achitat de către Asigurat.

În asemenea cazuri prima de asigurare va fi calculată cu aplicarea factorilor de risc stabiliți în p.5.2 din prezentele Condiții speciale pentru fiecare persoană supusă asigurării.

În baza datelor prezentate, Asigurătorul adoptă decizia privind condițiile încheierii Contractului de asigurare.

6.4. Răspunderea Asigurătorului, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, începe să curgă cu orele 00:00 de la data intrării primei de asigurare unice sau inițiale în contul Asigurătorului.

În caz de neachitare a primei de asigurare unice sau a primei inițiale în decurs de 30 zile de la data semnării Contractului de asigurare, Contractul în cauză este reziliat cu un preaviz de o lună.

În caz de neachitare a primei de asigurare succesive în termenii stabiliți în Contractul de asigurare, răspunderea Asigurătorului pe Contractul de asigurare se suspendă din ziua imediat următoare celei de achitare, începând cu ora 00:00.

6.5. Fiecarui Asigurat, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, începând cu orele 00:00 de la data intrării primei de asigurare unice sau inițiale în contul Asigurătorului i se remite polița de asigurare.

6.6. În cazul asigurării din contul mijloacelor întreprinderii (organizației) numărul salariaților supuși asigurării este stabilit de Asigurat, dar nu poate fi mai mic de 60 % din numărul total al angajaților, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

6.7. Persoanele cu care au fost închinate raporturile juridice de muncă sunt excluse din lista persoanelor asigurate din ziua informării Asigurătorului în scris de către Asigurat, iar polițele de asigurare ale acestora sunt anulate. Persoanele nou-angajate se consideră asigurate din momentul când li se remite polițele de asigurare, pentru un termen de asigurare echivalent cu perioada de asigurare neexpirată, cu condiția, ca persoanele cu care au fost închinate raporturile juridice de muncă la data anulării polițelor de asigurare nu au beneficiat de asistență medicală, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

6.8. Dacă în cadrul asigurării colective prima de asigurare a fost achitată de către persoana cu care au fost închinate raporturile juridice de muncă polița de asigurare a acesteia rămâne valabilă pentru toată perioada de asigurare cu achitarea serviciilor medicale în volum proporțional primei de asigurare achitate.

6.9. Persoana nou angajată poate achita o primă de asigurare proporțională perioadei de asigurare neexpirate, cu recalcularea proporțională a sumei de asigurare, pentru a beneficia de Contractul de asigurare.

6.10. Dacă prima de asigurare a fost achitată din contul Asiguratului, iar persoana asigurată cu care au fost închinate raporturile juridice de muncă a beneficiat de careva servicii medicale, folosind polița de asigurare, pentru persoana nou angajată Asiguratul va achita o primă de asigurare suplimentară, proporțională perioadei de asigurare neexpirate, cu recalcularea proporțională a sumei de asigurare. Dacă persoana cu care au fost închinate raporturile juridice de muncă nu a beneficiat de servicii medicale prevăzute de Contractul de asigurare, pentru persoana nou angajată nu va fi achitată o primă suplimentară. Aceasta va beneficia de servicii medicale în mărimea sumei de asigurare prevăzută pentru persoana cu care au fost închinate raporturile juridice de muncă.

6.11. În cazul pierderii poliței de asigurare Asiguratul va informa în scris Asigurătorul despre acest fapt și va primi o poliță nouă. Polița pierdută se consideră nevalabilă, fapt despre care este informată operativ Instituția medicală respectivă, de către Asigurător.

6.12. Contractul de asigurare poate fi încheiat pe o perioadă de la 6 luni până la 12 luni.

6.13. În cazurile asigurării familiale și individuale perioada de asigurare nu poate fi mai mică de 12 luni.

6.14. Mărimea primei de asigurare și răspunderea Asigurătorului se stabilesc în dependență de perioada de asigurare conform tabelei:

Perioada de asigurare	Procentul din prima de asigurare
6 luni	70
7 luni	75
8 luni	80
9 luni	85
10 luni	90
11 luni	95
12 luni	100

6.15. La expirarea perioadei de asigurare, Asiguratul poate solicita reîncheierea Contractului de asigurare, achitând prima de asigurare, conform tarifelor în vigoare la momentul depunerii cererii de reîncheiere a Contractului de asigurare.

6.16. Dacă în decursul perioadei de asigurare persoanelor asigurate le-au fost acordate servicii medicale în volum de până la 60% din prima totală achitată de Asigurat, iar de la momentul expirării perioadei de asigurare până la rencheierea Contractului de asigurare nou au trecut nu mai mult de 20 de zile calendaristice, la încheierea unui contract nou de asigurare, Asiguratului, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, pot fi acordate însesniri conform tabelei:

Mărimea primei de asigurare cheltuită, %	Rabatul (în % din prima de asigurare achitată pentru contractul expirat, care apoi este exprimat sub formă bănească), care este scăzut din prima de asigurare, care urmează a fi achitată pe Contractul de asigurare reîncheiat
Până la 5	50
6 – 10	45
11 – 15	40
16 – 20	35
21 – 25	30
26 – 30	25
36 – 35	20
36 – 40	15
41 – 45	12
46 – 50	10
51 – 55	7
56 – 60	5

6.17. La reîncheierea Contractului de asigurare, la calculul primei de asigurare factorii de risc stabiliți de medicii experți ai Asigurătorului, vor fi aplicăți pentru fiecare persoană asigurată, indiferent de numărul salariaților asigurați, conform p. 5.2.

6.18. În cadrul asigurării individuale, familiale a asistenței medicale, dacă pe parcursul primului an de asigurare nu a survenit și nu a fost deservit nici un caz de asigurare, pentru următorul an asigurat prima de asigurare calculată se micșorează, în dependență de factorii de risc, de la 10 până la 40%, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

## VII. Încetarea și reînnoirea contractului de asigurare

7.1. Contractul de asigurare încetează de drept prin acordul comun al părților, precum și:

- la neachitarea de către Asigurat a primei de asigurare în mărimea și termenul stabilit de contract;

- la expirarea termenului său de acțiune;

- executării de către Asigurător a obligațiilor conform Contractului de asigurare în limitele sumei de asigurare prevăzută pentru fiecare Persoana asigurată;

- la lichidarea Asiguratului ca persoană juridică sau la decesul Asiguratului persoană fizică;

- la lichidarea Asigurătorului, în modul stabilit de legislație;

- în alte cazuri stabilite de legislație.

7.2. Contractul de asigurare poate fi reziliat, la cererea Asigurătorului sau Asiguratului, doar în cazul în care partea opusă nu își onorează obligațiile prevăzute de contract sau încalcă legislația.

**NOTĂ. Despre intenția de a rezilia înainte de termen Contractul de asigurare, părțile sunt obligate să se informeze reciproc în scris nu mai târziu de 30 zile până la data preconizată pentru rezilierea Contractului de asigurare.**

7.3. În cazul rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asiguratului, în baza unei declarații depuse în scris, acestuia i se restituie partea primei de asigurare proporțională perioadei de asigurare neexpirate, cu reținerea cheltuielilor de gestiune, calculate din prima totală de asigurare prevăzută în Contractul de asigurare.

7.4. În cazul rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asigurătorului, în baza unei declarații depuse în scris Asiguratului, acestuia i se va restituie partea primei de asigurare nefolosite, proporțională perioadei de asigurare neexpirate.

7.5. Asiguratul are dreptul în decurs de 30 zile din ziua rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asigurătorului (neachitarea primei de asigurare) să reîncheie Contractul de asigurare la tarifele în vigoare la data încheierii Contractului reziliat, dar pe o perioadă ce nu va depăși perioada de asigurare a contractului reziliat. În acest caz Asiguratul este obligat să achite concomitent cu suma primei de asigurare restante și penalitatea în mărime de 0.2 % din prima de asigurare contractată pentru fiecare zi de întârziere a plășilor succesive.

7.6 Contractul de asigurare reîncheiat intră în vigoare începând cu orele 00:00 de la data încasării în contul Asigurătorului a primelor restante și a penalității.

## **VIII. Nulitatea contractului de asigurare**

8.1. Contractul de asigurare este nul în cazurile prevăzute de legislație sau dacă a fost încheiat:

a). în condiții care contravin legii cu privire la asigurări și/sau care defavorizează situația Asiguratului în raport cu legislația în vigoare;

b). cu o persoană neautorizată să încheie contracte în numele Asigurătorului;

c). după producerea evenimentului pentru care contractul de asigurare prevede plata de despăgubiri de asigurare sau a indemnizației de asigurare.

## **IX. Drepturile și obligațiile Părților**

### **9.1. Asiguratul are dreptul:**

9.1.1. Să ceară prestarea serviciilor medicale persoanelor asigurate, stipulate în Contractul de asigurare, în conformitate cu prezentele Condițiile speciale și programele de asigurare solicitate.

9.1.2. Să majoreze numărul de persoane asigurate, încheind cu Asigurătorul un acord adițional sau un contract nou de asigurare.

9.1.3. Să excludă din lista salariașilor asigurați unele persoane asigurate, informând anticipat Asigurătorul în scris despre o asemenea intenție, în cazul în care prima de asigurare a fost plătită de către Asigurat.

9.1.4. Să rezilieze înainte de termen Contractul de asigurare, depunând Asigurătorului o declarație în scris în acest sens, cu o anticipație de 30 zile.

9.1.5. Să suspende răspunderea Asigurătorului pe Contractul de asigurare, informând Asigurătorul în scris în acest sens.

9.1.6. Să achite primele de asigurare în rate sau unic, în conformitate cu p.5.3. al prezenterelor Condițiilor.

## **9.2. Persoana asigurată are dreptul:**

9.2.1. Să ceară Asigurătorului prestarea asistenței medicale conform Contractului de asigurare;

9.2.2. Să beneficieze în perioada de asigurare, la survenirea cazului asigurat, de asistență medicală conform Contractului de asigurare, în ordinea și volumul prevăzut de programele de asigurare.

9.2.3. Să beneficieze, la survenirea cazului asigurat, de asistență medicală în Instituția medicală unde s-a adresat sau a fost internată de urgență, informând asigurătorul despre acest fapt în termenii care permit implicarea asigurătorului pentru așa asigura ulterior servicii medicale calificate.

9.2.4. Să informeze Asigurătorul despre cazurile acordării asistenței medicale insuficiente, refuzul la prestarea asistenței medicale, comportamentul incorrect al lucrătorilor medicali a Instituției în cauză.

9.2.5. Să primească o poliță nouă în cazul pierderii celei emise anterior cu prezentarea următoarelor documente:

- Buletinul de identitate (copia);
- Adeverință de la locul de muncă (original).

## **9.3. Asigurătorul are dreptul:**

9.3.1. Să acorde Asiguratului un rabat, conform p. 6.16. al prezentelor Condiții.

9.3.2. Să refuze achitarea serviciilor medicale, în conformitate cu p.p. 4.6. - 4.7. ale prezentelor Condiții.

9.3.3. Să rezilieze înainte de termen Contractului de asigurare:

- în raport cu persoana asigurată, dacă se va constata, că aceasta a transmis altei persoane poliță de asigurare cu scopul de a beneficia de servicii medicale în baza Contractului de asigurare;

- în cazul nerespectării de către Asigurat a condițiilor Contractului de asigurare, notificând în scris Asiguratul despre motivele rezilierii Contractului;

- în raport cu persoana asigurată, dacă se va constata, că aceasta prin comportamentul său (consumarea alcoolului, drogurilor, substanțelor toxice), își dăunează sănătății, sporind riscul de asigurare, sau a prezentat conștient informație privind volumul și costul serviciilor medicale declarate.

9.3.4. Să verifice informația prezentată de Asigurat (persoana asigurată) la încheierea Contractului de asigurare, să controleze respectarea de către Asigurat (persoana asigurată) a cerințelor și condițiilor Contractului de asigurare.

9.3.5. Să supună expertizei corectitudinea diagnozelor stabilite persoanelor asigurate și a tratamentului prescris lor în scopul controlului calității și oportunității serviciilor medicale prestate acestora.

9.3.6. Să ceară Asiguratului, în caz de necesitate, până la încheierea Contractului de asigurare, efectuarea investigațiilor suplimentare și prezentarea documentelor medicale pentru determinarea riscului de asigurare pentru fiecare persoană supusă asigurării, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

9.3.7. Să refuze încheierea Contractului de asigurare în baza rezultatelor anchetării prealabile și (sau) controlului medical.

9.3.8. Să refuze achitarea totală sau parțială a serviciilor medicale și (sau) să rezilieze înainte de termen Contractul de asigurare față de persoana asigurată în cazul depistării ulterioare în declarația de sănătate sau în certificatul medical prezentat informație incorectă privind starea sănătății acesteia.

9.3.9. Să stabilească prima de asigurare.

9.3.10. Să majoreze cu anunțarea asiguratului, prima de asigurare pe parcursul perioadei de asigurare, dacă Instituția medicală în cauză a modificat costul serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate, majorând în aceeași proporție și suma asigurată.

## **9.4. Asiguratul este obligat:**

9.4.1. Să achite primele de asigurare în termenii stabiliți în Contractul de asigurare.

9.4.2. Să informeze Asigurătorul despre toate circumstanțele cunoscute lui, care sunt necesare pentru determinarea riscului asigurat, până la încheierea Contractului de asigurare.

9.4.3. Să asigure păstrarea documentelor aferente Contractului de asigurare.

9.4.4. Să ofere reprezentantului (medicului) Asigurătorului posibilitatea de a verifica starea sănătății persoanei asigurate.

9.4.5. Să absolve medicii Instituțiilor medicale de obligația de a păstra confidențialitatea față de reprezentanții Asigurătorului în raport cu starea sănătății persoanelor asigurate.

9.4.6. Să achite prima de asigurare suplimentară în cazurile majorării de către Instituția medicală a costului serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.

9.6.7. Să aducă prezentele Condiții la cunoștința persoanelor asigurate.

9.4.8. Să îndeplinească alte obligații prevăzute în prezentele Condiții și Contractul de asigurare.

### **9.5. Persoana asigurată este obligată:**

9.5.1. Să respecte indicațiile medicilor, prescrise în cadrul prestării serviciilor medicale. Încălcarea acestora poate duce la rezilierea Contractului de asigurare față de persoana în cauză cu neachitarea ulterioară a serviciilor medicale beneficiale.

9.5.2. Să nu transmită poliță de asigurare altelui persoane cu scop de a primi asistență medicală asigurată, prevăzută de Contractul de asigurare.

9.5.3. În cazul pierderii poliței de asigurare să informeze în mod urgent despre aceasta Asiguratul și Asigurătorul.

9.5.4. Să permită la cererea medicilor experți ai Asigurătorului verificarea stării sănătății sale.

### **9.6. Asigurătorul este obligat:**

9.6.1. Să controleze volumul și calitatea asistenței medicale, prestate persoanei asigurate în baza Contractului de asigurare.

9.6.2. Să apere interesele persoanei asigurate în scopul prestării serviciilor medicale la timp, în volum deplin și la un nivel calificat.

9.6.3. Să aducă prezentele Condiții speciale la cunoștința Asiguratului.

9.6.4. Să remită persoanei asigurate poliță de asigurare, iar în cazul pierderii acesteia o poliță nouă.

9.6.5. Să ia decizia privind plata despăgubirii sau refuzul în acordarea acesteia în termen de 15 zile calendaristice din data depunerii de către persoana asigurată sau Instituția medicală a ultimului document necesar finalizării dosarului /luării deciziei, să achite serviciile medicale prestate persoanei asigurate în conformitate cu Contractul de asigurare în termen de 10 zile bancare din data luării deciziei respective și ținând cont de prevederile p.10.4 și 10.5. de mai jos.

9.6.6. Să garanteze:

- confidențialitatea informației care i-a fost cunoscută în cadrul activității sale și dacă nu există, în baza dispozițiilor legale, o obligație de dezvăluire. Obligația de păstrarea confidențialității subzistă și după închiderea contractului;

- prestarea serviciilor medicale către persoanele asigurate în altă Instituție medicală, în cazul imposibilității acordării asistenței medicale în Instituția medicală indicată în poliță de asigurare;

- prestarea serviciilor medicale către persoanele asigurate în conformitate cu programele de asigurare solicitate, începând cu orele 00:00 de la data intrării primei de asigurare unice sau inițiale în contul Asigurătorului.

9.6.7. În cazurile când persoana asigurată a achitat personal costul serviciilor medicale prestate în baza Contractului de asigurare, la prezentarea documentelor necesare (p.10.5 al prezenterelor Condiții), să restituie persoanei în cauză cheltuielile suportate.

## **X. Ordinea îndeplinirii obligațiilor față de Persoanele asigurate.**

### **Acțiunile persoanei Asigurate la survenirea cazului asigurat.**

10.1. Persoana asigurată are dreptul de a beneficia de serviciile medicale prevăzute de Contractul de asigurare prestate începând cu orele 00:00 de la data intrării primei de asigurare unice sau inițiale în contul Asigurătorului, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

10.2. Asistența medicală, prevăzută în Contractul de asigurare, se prestează persoanei asigurate la adresarea acesteia la Instituția medicală indicată în poliță de asigurare cu prezentarea poliței de asigurare, însotită de buletinul de identitate al persoanei în cauză.

10.3. Dacă la solicitarea serviciilor medicale prevăzute de Contractul de asigurare sau în cadrul prestării acestora, persoana asigurată nu este satisfăcută de calitatea serviciilor prestate sau de atitudinea neadecvată a lucrătorilor medicali, ea poate solicita audiența conducerii Instituției medicale respective sau sună Asigurătorului la telefonul indicat în poliță de asigurare.

10.4. Dacă din diverse motive, inclusiv în cazurile prestării asistenței medicale de urgență de către alte Instituții medicale din Republica Moldova, decât cele indicate în polița de asigurare, persoana asigurată a achitat parțial sau integral serviciile medicale prestate în baza Contractului de asigurare, Asigurătorul, după verificarea asistenței medicale prestate, va restituî persoanei asigurate cheltuielile suportate la depunerea de aceasta cererii de despăgubire. Achitarea se va efectua în termen de 10 zile bancare din data luării deciziei respective.

10.5. Pentru a-și restituî cheltuielile suportate la achitarea serviciilor medicale prevăzute de Contractul de asigurare, persoana asigurată va depune în adresa Asigurătorului o cerere, vizată de Asigurat, la care va anexa în original următoarele documente:

- Buletinul de identitate (**copia**)
- Certificatul de concediu medical (**copia**).
- Copia fișei de ambulator pe perioada de tratament, Extrasului - trimis din Instituția medicală spitalicească semnat de medicul curant și conducătorul Instituției medicale, confirmat prin sigiliile medicului curant și cel al Instituției medicale;
- Bonurile de plată (**original**) pentru serviciile prestate, medicamentele administrate în cadrul tratării consecințelor cazului de asigurare.
- Rețetele (**original sau copii**) în baza cărora au fost procurate medicamentele prescrise.

10.6. După verificarea documentelor prezentate în p.10.5 al prezentelor Condiții speciale, Asigurătorul restituî persoanei asigurate cheltuielile suportate, confirmate anterior de medicii experți ai Asigurătorului.

10.7. Relațiile dintre Asigurător și Instituția medicală sunt stipulate în contractul încheiat între acestea.

## **XI. Condiții generale**

11.1. Valabilitatea polițelor de asigurare, emise în conformitate cu Contractul de asigurare încețează concomitent cu încetarea valabilității acestuia.

11.2. Asiguratul împuternicește o persoană, un reprezentant pentru coordonarea relațiilor reciproce care reies din Contractul de asigurare, despre care anunță Asigurătorul și Persoanele asigurate. Reprezentantul Asiguratului este în drept să primească de la Asigurător și să transmită persoanelor asigurate polițele de asigurare, să participe la regularizarea pretențiilor apărute.

11.3. Fiecare Partea are dreptul să ceseioneze drepturile și obligațiile sale conform prezentului contract, terțelor persoane, doar cu acordul în scris a celeilalte părți.

11.4. Toate anexele la contractul de asigurare sunt parte integrantă a acestuia, fără de care Contractul de asigurare se consideră nul.

11.5. Condițiile de asigurare benevolă a sănătății sunt parte indispensabilă a contractului de asigurare în partea în care nu intră cu el în contradicție.

## **XII. Ordinea de soluționare a litigiilor**

12.1. Litigiile apărute în legătură cu executarea prezentului contract se vor soluționa pe cale amiabilă, în cazul neatingerii unui acord în acest sens – se vor soluționa de instanță de judecată competentă, în ordinea stabilită de legislația Republicii Moldova.

12.2. Până la depunerea cererii de chemare în judecată la instanță de judecată competentă, partea cointeresată este obligată să înainteze pretenție celeilalte părți.

12.3. 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 telegramei menționate.

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

**Către SAR „Donaris Group” SA**  
Mun.Chișinău, str. 31 August 1989, nr.108/1

**CERERE**  
**Заявление**

Contractantul \_\_\_\_\_  
Страхователь \_\_\_\_\_ (denumirea agentului economic – наименование экономического агента)

în persoana \_\_\_\_\_  
в лице \_\_\_\_\_ (funcția, numele, prenumele – должность, фамилия, имя)

cod fiscal/ cont de decontare \_\_\_\_\_  
фискальный код/ расчетный счет

solicită încheierea Contractului de asigurare facultativă de sănătate  
просит заключить Договор добровольного медицинского страхования

în favoarea angajaților săi , pentru primirea sumei de asigurare în cazul survenirii și confirmării cazului de asigurare

в пользу своих работников, для получения страховой суммы при возникновении и подтверждении страхового случая

conform următoarelor date:

в соответствии со следующими данными :

Numele, Prenumele persoanei asigurate	Suma asigurării

Numărul total de persoane supuse asigurării \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Общее количество лиц подлежащих страхованию

Termenul de asigurare \_\_\_\_\_  
Срок страхования \_\_\_\_\_ (numărul lunilor – число месяцев)

Listele și anchetele fiecărei persoane supuse asigurării se anexează.  
Список и анкеты на каждое лицо, подлежащих страхованию прилагаются

Am luat cunoștință de Condițiile de asigurare, le acceptăm și am primit o copie de pe acestea.  
С Условиями страхования ознакомлены, согласны и получили их копию

Totodată confirmăm, că am luat cunoștință de informația prevăzută în Regulamentul “Cu privire la dezvăluirea de către participanții profesioniști la piața financiară nebancară a informației privind acordarea serviciilor”, aprobat prin Hotărârea CNPF nr. 8/6 din 26.02.2010.  
Одновременно подтверждаем, что ознакомились с информацией, предусмотренной Положением «О раскрытии информации профессиональными участниками вне-банковского финансового рынка о предоставляемых услугах», утвержденного Постановлением ГКФР nr. 8/6 от 26.02.2010.

Contractantul \_\_\_\_\_  
Страхователь \_\_\_\_\_ (N.P. – Ф.И.)

L. §  
М.П

(semnatуra - подпись)

## Справочное №

In conformitate cu Condițiile de asigurare facultativă a sănătății și prevederile  
и соответствием с условиями добровольного медицинского страхования и с полисом:  
**Contractului de asigurare nr. \_\_\_\_\_ încheiat la “ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_**,  
Договора страхования, от

Intre SAR "DONARIS GROUP" S.A.

MD 2004, mun.Chisinau, str, 31 August 1989, nr. 108/1

Между  
и

**Angajatul (a) \_\_\_\_\_**  
Работник(на)  
**născut (ă) la \_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_ este asigurat(ă) facultativ de sănătate  
дата рождения охвачен(а) добровольным медицинским страхованием  
pentru perioada de la “ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ până la “ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ .  
на период до

**Prima de asigurare prevăzută de Contractul de asigurare \_\_\_\_\_.**

Страховая премия предусмотренная Договором страхования

**Termenul și locul/modul de achitare a primei de asigurare \_\_\_\_\_**

Срок и место/порядок оплаты страховой премии

**Risc asigurat – fenomen, eveniment sau grup de fenomene (accident (traumă, arsură, otrăvire neinfectioasă), boală acută, acutizarea bolii cronice), prevăzute în Contractul de asigurare care, odată produse, pot genera prejudiciu sănătății Persoanei asigurate.**

LOC PENTRU ȘTAMPLĂ	Страховой риск – феномен, событие или группа феноменов (нестационарный случай (травма, ожог, неинфекционное отравление), остре заболевание, обострение хронического заболевания), предусмотренных в Договоре страхования, которые, наступив, могут причинить вред здоровью Застрахованного лица.
-----------------------	--

Semnătura Asigurătorului \_\_\_\_\_  
Подпись Страховщика

Părțile recunosc semnătura facsimil veridică  
Стороны признают факсимильную подпись подлинной

P. 1.3. Caz de asigurare se consideră adrearea Personalului asigurate la Instituția medicală, indicată în poliță de asigurare, în caz de accident (traumă, arsură, otrăvire), maladie acută sau și acutizare a bolilor cronice, survenite în perioada de asigurare, care necesită asistență medicală prevăzută de Contractul de asigurare.

La survenirea cazului asigurat Persoana asigurată beneficiază de servicii medicale gratuite:

.....

P. 3.3.1. În cadrul \_\_\_\_\_ conform Programului de asigurare „Servicii medicale de ambulator” și cu accordul comun al părților la prezența indicațiilor clinice respective, în alte instituții medicale specializate din republică la suma de asigurare de \_\_\_\_\_ lei;

P. 3.3.2. În cadrul \_\_\_\_\_ conform Programului de asigurare „Servicii medicale de staționar” și cu accordul comun al părților, la prezența indicațiilor clinice respective, în alte spitale specializate din republică la suma de asigurare de \_\_\_\_\_ lei.

P. 7.5. Pentru restituirea cheltuielilor suportate din cont propriu pe parcursul perioadei de tratament, Persoana asigurată va prezenta Asigurătorului următoarele documente:

- Buletinul de identitate (copia);
- Polița de asigurare facultativă a sănătății (copia);
- Certificatul de concediu medical (copia);
- Copia fișei de ambulator pe perioada de tratament, Extrasul-trimitere din Instituția medicală spitalicească (original), semnat de medicul curant și conducătorul Instituției medicale, confirmat prin sigiliile medicului curant și cele ale Instituției medicale;
- Bonurile de plată (original) pentru serviciile beneficia, medicamentele administrate în cadrul tratării consecintelor cazului de asigurare;
- Rețetele (original sau copii) în baza cărora au fost procurate medicamentele prescrise.

P. 4.6. Asigurătorul, nu achită plata pentru cheltuielile de tratament ale Persoanei asigurate, dacă:  
a) Persoanei asigurate, fără accordul anterior al Asigurătorului, i-au fost acordate servicii medicale, care nu sunt prevăzute de programul de asigurare, indicat în poliță de asigurare;  
b) Persoanei asigurate, fără accordul Asigurătorului, i-au fost acordate servicii medicale în Instituții medicale, care nu sunt indicate în poliță de asigurare, cu excepția cazurilor de urgență, despre care Asigurătorul va fi informat în termeni optimi până la extinerea acestuia din instituția medicală respectivă.

*Notă. Serviciile medicale inițiate de Persoana asigurată și care nu tin de starea obiectivă a sănătății acesteia nu sunt calificate ca caz de asigurare și nu vor fi achitate de Asigurător.*

**Contractul Nr. \_\_\_\_\_  
de asigurare facultativă a sănătății**

mun.Chișinău

“Asigurător”, reprezentată prin Directorul general \_\_\_\_\_, numită în continuare baza Statutului, pe de o parte și \_\_\_\_\_, numită în continuare “Asigurat” în persoana Directorului \_\_\_\_\_, care activează în baza Statutului pe de altă parte, denumite de comun **Părți**, au încheiat prezentul Contract, care prevede:

**I. OBIECTUL ASIGURĂRII FACULTATIVE A SĂNĂTĂȚII**

1.1. Obiectul asigurării facultative ale sănătății îl constituie interesul patrimonial al persoanei asigurate, care la survenirea cazului asigurat, prevede achitarea (instituției medicale, persoanei asigurate) de către Asigurător a cheltuielilor legate de asistența medicală prestată acesteia conform Contractului de asigurare.

1.2. Asigurătorul garantează organizarea acordării asistenței medicale calificate și oportunе în Instituțiile medicale indicate în Polița de asigurare, în conformitate cu programul de asigurare solicitat de Asigurat la încheierea Contractului de asigurare (parte integrantă a contractului de asigurare) în limita sumei de asigurare indicată în polița de asigurare sau în altă Instituție medicală din republică, unde la survenirea cazului de asigurare persoana asigurată a fost internată de urgență.

1.3. Caz de asigurare se consideră adresarea Asiguratului la Instituția medicală, indicată în polița de asigurare, în caz de accident (traumă, arsură, otrăvire), maladie acută sau/și acutizare a bolilor cronice, survenite în perioada de asigurare, care necesită asistență medicală prevăzută de Contractul de asigurare.

1.4. La survenirea circumstanțelor neprevăzute în prezentul Contract se aplică prevederile Condițiilor de asigurare facultativă a sănătății ale Asigurătorului în vigoare, în continuare Condiții (*anexa nr. 1 la prezentul Contract*).

1.5. La apariția contrazicerilor între prevederile Condițiilor și ale prezentului Contract se aplică prevederile Contractului de asigurare.

**II. RĂSPUNDEREA ASIGURĂTORULUI SI RISCUL ASIGURAT**

2.1. Asigurătorul își asumă răspunderea pentru organizarea prestării calitative și oportunе a asistenței medicale persoanelor asigurate la survenirea cazului asigurat, în perioada de asigurare stipulată în prezentul Contract de asigurare, conform programelor de asigurare solicitate, și achitarea cheltuielilor medicale suportate de persoanele asigurate la tratamentul consecințelor acestuia.

2.2. Asigurătorul nu poartă răspundere pentru cazurile de asigurare survenite până la începerea și după expirarea perioadei de asigurare a Contractului de asigurare.

2.3. Dacă în perioada de asigurare a fost depistată o boală, pentru care Contractul de asigurare nu prevede acordarea asistenței medicale, persoanei asigurate i se garantează îndreptarea într-o Instituție medicală specializată, cu prezentarea documentelor medicale necesare.

În asemenea cazuri, tratamentul ulterior în Instituția specializată nu este achitat de către Asigurător.

2.4. Volumul concret al serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate este stabilit în programele de asigurare (*anexa nr.2*) elaborate în Condițiilor de asigurare ale Asigurătorului (parte integrală a Contractului de asigurare).

**III. SUMA ASIGURATA.**

**PRIMA DE ASIGURARE ȘI ORDINEA ACHITĂRII EI.**

3.1. Prima de asigurare este determinată de către Asigurător de comun acord cu Asiguratul pentru fiecare persoană asigurată în parte, în corespondere cu prevederile Condițiilor și este stipulată în polița de asigurare.

Lista persoanelor asigurate este parte integrantă a contractului de asigurare (*anexa nr.3*) în care sunt indicate numele și prenumele persoanei asigurate, ziua, luna și anul nașterii, programul de asigurare, seria și numărul buletinului de identitate, prima și suma de asigurare pentru fiecare persoană asigurată.

3.2. Suma totală de asigurare contractată constituie \_\_\_\_\_ lei.

3.3. În baza prezentului Contract de asigurare de servicii medicale vor beneficia \_\_\_\_\_ angajați (*anexa nr.3*) după cum urmează:

3.3.1. În cadrul \_\_\_\_\_ conform programului de asigurare „Servicii medicale de ambulator” și cu acordul comun al părților la prezența indicațiilor clinice respective, în alte Instituții medicale specializate la suma de asigurare de \_\_\_\_\_ lei/persoană.

3.3.2. În cadrul secțiilor specialize ale \_\_\_\_\_ și cu acordul comun al părților, la prezența indicațiilor clinice respective, în alte spitale specializate din republică conform programului de asigurare „Servicii medicale de staționar”, la suma de asigurare de \_\_\_\_\_ lei/persoană.

3.4. Mărimea primei de asigurare contractată pentru deservirea a \_\_\_\_\_ persoane asigurate va constitui \_\_\_\_\_ lei și se transferă la contul de decontare al Asigurătorului până la data de 20 \_\_\_\_\_.

3.5. Contractul intră în vigoare începând cu orele 00:00 ale zilei care urmează după ziua încasării la contul de decontare al Asigurătorului a primei unice de asigurare sau primei inițiale de asigurare (prima tranșă).

3.6. Fiecărei persoane asigurate în ziua care urmează după ziua încasării primei de asigurare unice sau inițiale (prima tranșă) i se remite polița de asigurare.

3.7. În cazul pierderii poliței de asigurare, Asiguratul va informa în scris Asigurătorul pentru a primi o poliță nouă. Poliță pierdută se consideră nevalabilă, fapt despre care este informată operativ Instituția medicală respectivă.

3.8. Dacă în decursul perioadei de asigurare persoanelor asigurate le-au fost acordate servicii medicale în volum de până la 60% din prima totală achitată de Asigurat, iar de la momentul expirării perioadei de asigurare până la reînchiderea Contractului de asigurare pentru o nouă perioadă de asigurare au trecut nu mai mult de 30 zile calendaristice, Asiguratului i se acordă îňlesniri conform Condițiilor.

#### **IV. TERMENUL DE VALABILITATE, REZILIAREA, SUSPENDAREA ȘI REÎNOIREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

4.1. Contractul de asigurare este încheiat pe un termen de 12 luni, ce coincide cu perioada de asigurare, și răspunderea Asigurătorului începe să curgă din ziua care urmează după ziua încasării la contul de decontare al Asigurătorului a primei de asigurare unice sau inițiale la contul de decontare al Asigurătorului.

**Durata valabilității contractului de asigurare:** \_\_\_\_\_.

4.2. Contractul de asigurare poate fi reziliat, suspendat sau prolongat conform prevederilor stipulate în Legislația în vigoare.

4.3. În cazul în care una din tranșele primei de asigurare, cu excepția primei tranșe, nu este plătită în termenii stabiliți în prezentul Contract, Asiguratului i se acordă un termen privilegiat de 15 (cincisprezece) zile pentru achitarea ratei primei de asigurare ordinare, calculat din ziua indicată în contractul de asigurare ca dată a achitării ratei primei de asigurare ordinare.

Dacă după expirarea termenului privilegiat se produce cazul asigurat, iar în momentul producerii lui asiguratul este în întârziere cu plata primei de asigurare datorate, asigurătorul este eliberat de obligațiile prevăzute de prezentul contract.

4.4. Încetarea și modificarea contractului – conform legislației în vigoare.

#### **V. ÎNCETAREA ȘI REÎNOIREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

5.1. Contractul de asigurare începează de drept prin acordul comun al părților, precum și:

- la neachitarea de către Asigurat a primei de asigurare în mărimea și termenul stabilit de contract;
- la expirarea termenului său de acțiune;
- executării de către Asigurător a obligațiilor conform Contractului de asigurare în limitele sumei de asigurare prevăzută pentru fiecare Persoana asigurată;
- la lichidarea Asiguratului ca persoană juridică sau la decesul Asiguratului persoană fizică;
- la lichidarea Asigurătorului, în modul stabilit de legislație;
- în alte cazuri stabilite de legislație.

5.2. Contractul de asigurare poate fi reziliat, la cererea Asigurătorului sau Asiguratului, doar în cazul în care partea opusă nu își onorează obligațiile prevăzute de contract sau încalcă legislația.

**NOTĂ. Despre intenția de a rezilia înainte de termen Contractul de asigurare, părțile sunt obligate să se informeze reciproc în scris nu mai târziu de 30 zile până la data preconizată pentru rezilierea Contractului de asigurare.**

5.3. În cazul rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asiguratului, în baza unei declarații depuse în scris, acestuia i se restituie partea primei de asigurare proporțională perioadei de asigurare neexpirate, cu reținerea cheltuielilor de gestiune, calculate din prima totală de asigurare prevăzută în Contractul de asigurare.

5.4. În cazul rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asigurătorului, în baza unei declarații depuse în scris Asiguratului, acestuia i se va restituie partea primei de asigurare ne folosite, proporțională perioadei de asigurare neexpirate.

5.5. Asiguratul are dreptul în decurs de 30 zile din ziua rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asigurătorului (neachitarea primei de asigurare) să reîncheie Contractul de asigurare la tarifele în

vigoare la data încheierii Contractului reziliat, dar pe o perioadă ce nu va depăși perioada de asigurare a contractului reziliat. În acest caz Asiguratul este obligat să achite concomitent cu suma primei de asigurare restante și penalitatea în mărime de 0.2 % din prima de asigurare contractată pentru fiecare zi de întârziere a plășilor succesive.

5.6 Contractul de asigurare reîncheiat intră în vigoare începând cu orele 00:00 de la data încasării în contul Asigurătorului a primelor restante și a penalității.

## VI. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

### **6.1. Asiguratul are dreptul:**

6.1.1. Să ceară prestarea serviciilor medicale persoanelor asigurate, stipulate în Contractul de asigurare, în conformitate cu prezentele Condițiile și programele de asigurare solicitate.

6.1.2. Să majoreze numărul de persoane asigurate, încheind cu Asigurătorul un acord adițional sau un contract nou de asigurare.

6.1.3. Să excludă din lista salariașilor asigurați unele persoane asigurate, informând anticipat Asigurătorul în scris despre o asemenea intenție, în cazul în care prima de asigurare a fost plătită de către Asigurat.

6.1.4. Să rezilieze înainte de termen Contractul de asigurare, depunând Asigurătorului o declarație în scris în acest sens, cu o anticipație de 30 zile.

6.1.5. Să suspende răspunderea Asigurătorului pe Contractul de asigurare, informând Asigurătorul în scris în acest sens.

6.1.6. Să achite primele de asigurare în rate sau unic, în conformitate cu prevederile prezentului contract.

### **6.2. Persoana asigurată are dreptul:**

6.2.1. Să ceară Asigurătorului prestarea asistenței medicale conform Contractului de asigurare;

6.2.2. Să beneficieze în perioada de asigurare, la survenirea cazului asigurat, de asistență medicală conform Contractului de asigurare, în ordinea și volumul prevăzut de programele de asigurare.

6.2.3. Să beneficieze, la survenirea cazului asigurat, de asistență medicală în Instituția medicală unde s-a adresat sau a fost internată de urgență, informând asigurătorul despre acest fapt în termenii care permit implicarea asigurătorului pentru așa asigura ulterior servicii medicale calificate.

6.2.4. Să informeze Asigurătorul despre cazurile acordării asistenței medicale insuficiente, refuzul la prestarea asistenței medicale, comportamentul incorrect al lucrătorilor medicali a Instituției în cauză.

6.2.5. Să primească o poliță nouă în cazul pierderii celei emise anterior cu prezentarea următoarelor documente:

- Buletinul de identitate (copia);

- Adevărînță de la locul de muncă (original).

### **6.3. Asigurătorul are dreptul:**

6.3.1. Să acorde Asiguratului un rabat, conform p. 6.16. al Condițiilor de asigurare.

6.3.2. Să refuze achitarea serviciilor medicale, în conformitate cu p. 4.6. și p.4.7. ale Condițiilor de asigurare, dacă contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

6.3.3. Să rezilieze înainte de termen Contractului de asigurare:

- în raport cu persoana asigurată, dacă se va constata, că aceasta a transmis altei persoane poliță de asigurare cu scopul de a beneficia de servicii medicale în baza Contractului de asigurare;

- în cazul nerespectării de către Asigurat a condițiilor Contractului de asigurare, notificând în scris Asiguratul despre motivele rezilierii Contractului;

- în raport cu persoana asigurată, dacă se va constata, că aceasta prin comportamentul său (consumarea alcoolului, drogurilor, substanțelor toxice), își dăunează sănătății, sporind riscul de asigurare, sau a prezentat conștient informație incorectă privind volumul și costul serviciilor medicale declarate.

6.3.4. Să verifice informația prezentată de Asigurat (persoana asigurată) la încheierea Contractului de asigurare, să controleze respectarea de către Asigurat (persoana asigurată) a cerințelor și condițiilor Contractului de asigurare.

6.3.5. Să supună expertizei corectitudinea diagnozelor stabilite persoanelor asigurate și a tratamentului prescris lor în scopul controlului calității și oportunității serviciilor medicale prestate acestora.

6.3.6. Să ceară Asiguratului, în caz de necesitate, până la încheierea Contractului de asigurare, efectuarea investigațiilor suplimentare și prezentarea documentelor medicale pentru determinarea riscului de asigurare pentru fiecare persoană supusă asigurării, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

6.3.7. Să refuze încheierea Contractului de asigurare în baza rezultatelor anchetării prealabile și (sau) controlului medical ale persoanelor supuse asigurării.

6.3.8. Să refuze achitarea totală sau parțială a serviciilor medicale și (sau) să rezilieze înainte de termen Contractul de asigurare față de persoana asigurată în cazul depistării în declarația a asistenței medicale sau în certificatul medical prezentat informației incorecte/neverdicte privind starea sănătății acesteia.

6.3.9. Să stabilească prima de asigurare, modalitatea și locul achitării acesteia.

6.3.10. Să majoreze prima de asigurare pe parcursul perioadei de asigurare, dacă Instituția medicală în cauză a modificat costul serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate, majorând în aceeași proporție și suma asigurată.

#### **6.4. Asiguratul este obligat:**

6.4.1. Să achite primele de asigurare în termenii stabiliți în Contractul de asigurare.

6.4.2. Să informeze Asigurătorul despre toate circumstanțele cunoscute lui, care sunt necesare pentru determinarea riscului asigurat, până la încheierea Contractului de asigurare.

6.4.3. Să asigure păstrarea documentelor aferente Contractului de asigurare.

6.4.4. Să ofere reprezentantului (medicului) Asigurătorului posibilitatea de a verifica starea sănătății persoanei asigurate.

6.4.5. Să absolve medicii Instituțiilor medicale de obligația de a păstra confidențialitatea față de reprezentanții Asigurătorului în raport cu starea sănătății persoanelor asigurate.

6.4.6. Să achite prima de asigurare suplimentară în cazurile majorării de către instituția medicală a costului serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.

6.4.7. Să aducă Condiții de asigurare la cunoștința persoanelor asigurate.

6.4.8. Să îndeplinească alte obligații prevăzute de Condiții și Contractul de asigurare.

#### **6.5. Persoana asigurată este obligată:**

6.5.1. Să respecte indicațiile medicilor, prescrise în cadrul prestării serviciilor medicale. Încălcarea acestora poate duce la rezilierea Contractului de asigurare față de persoana în cauză cu neachitarea ulterioară a serviciilor medicale beneficate.

6.5.2. Să nu transmită poliță de asigurare altei persoane cu scop de a primi asistență medicală asigurată, prevăzută de Contractul de asigurare.

6.5.3. În cazul pierderii poliței de asigurare să informeze în mod urgent despre aceasta Asiguratul și Asigurătorul.

6.5.4. Să permită la cererea medicilor experți ai Asigurătorului verificarea stării sănătății sale.

#### **6.6. Asigurătorul este obligat:**

6.6.1. Să controleze volumul și calitatea asistenței medicale, prestate persoanei asigurate în baza Contractului de asigurare.

6.6.2. Să apere interesele persoanei asigurate în scopul prestării serviciilor medicale la timp, în volum deplin și la un nivel calificat.

6.6.3. Să aducă prevederile Condițiilor sale de asigurare la cunoștința Asiguratului și să ofere o copie de pe acestea.

6.6.4. Să remită persoanei asigurate poliță de asigurare, iar în cazul pierderii acesteia o poliță nouă.

6.6.5. Să ia decizia privind plata despăgubirii și să achite serviciile medicale prestate persoanelor asigurate în conformitate cu Contractul de asigurare în termenii stabiliți în Condițiile de asigurare.

6.6.6. Să garanteze:

- confidențialitatea informației care i-a fost cunoscută în cadrul activității sale și dacă nu există, în baza dispozițiilor legale, o obligație de dezvăluire. Obligația de păstrarea confidențialității subzistă și după închiderea contractului;

- prestarea serviciilor medicale către persoanele asigurate în altă Instituție medicală, în cazul imposibilității acordării asistenței medicale în Instituția medicală indicată în poliță de asigurare;

- prestarea serviciilor medicale către persoanele asigurate în conformitate cu programele de asigurare solicitate, începând cu orele **00:00** de la data intrării primei de asigurare unice sau inițiale în contul Asigurătorului.

6.6.7. În cazurile când persoana asigurată a achitat personal costul serviciilor medicale prestate în baza Contractului de asigurare, la prezentarea documentelor necesare (p.9.5 al prezentului contract), să restituie persoanei în cauză cheltuielile suportate.

## **VII. CONDIȚII GENERALE**

7.1. Valabilitatea polițelor de asigurare, emise în conformitate cu prezentul Contract începează concomitent cu închiderea Contractului de asigurare.

7.2. Asiguratul împuțernicește o persoană (un reprezentant al colectivului) pentru coordonarea relațiilor reciproce care reies din prezentul Contract de asigurare, despre care anunță Asigurătorul și persoanele asigurate. Reprezentantul Asiguratului este în drept să primească de la Asigurător și să transmită persoanelor asigurate polițele de asigurare, să participe la regularizarea pretențiilor apărute.

7.3. Partea are dreptul să ceseioneze drepturile și obligațiile sale conform prezentului contract, terțelor persoane, doar cu acordul în scris a celeilalte părți.

7.4. Toate anexele la prezentul Contract sunt parte integrantă a acestuia, în lipsa cărora prezentul Contract se consideră nul.

7.5. Condițiile de asigurare facultativă a sănătății sunt parte indispensabilă a prezentului contract în partea în care nu intră cu el în contradicție.

7.6. Angajații asigurați cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă sunt excluse din lista persoanelor asigurate din ziua informării Asigurătorului în scris de către Asigurat, iar polițele de asigurare ale acestora sunt anulate. Persoanele nou-angajate se consideră asigurate din momentul când li se remit polițele de asigurare, pentru un termen de asigurare echivalent cu perioada de asigurare neexpirată, cu condiția, ca persoanele cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă la data anulării polițelor de asigurare nu au beneficiat de asistență medical.

Dacă angajatul asigurat cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă a beneficiat de careva servicii medicale, folosind polița de asigurare, pentru persoana nou angajată Asiguratul va achita o primă de asigurare suplimentară, proporțională perioadei de asigurare neexpirate, cu recalcularea proporțională a primei și sumei de asigurare. Dacă angajatul asigurat cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă nu a beneficiat de servicii medicale prevăzute de Contractul de asigurare, pentru persoana nou asigurată nu va fi achitată o primă suplimentară.

Acesta va beneficia de servicii medicale în mărimea sumei de asigurare prevăzută pentru persoana cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă.

7.7. Am luat cunoștință cu Condițiile de asigurare facultativă a asistenței medicale, le accept, un exemplar al cărora mia fost înmânat.

### **VIII. NULITATEA CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

8.1. Contractul de asigurare este nul în cazurile prevăzute de legislație sau dacă a fost încheiat:

a). în condiții care contravin legii cu privire la asigurări și/sau care defavorizează situația Asigurătorului în raport cu legislația în vigoare;

b). cu o persoană neautorizată să încheie contracte în numele Asigurătorului;

c). după producerea evenimentului pentru care contractul de asigurare prevede plata de despăgubirii de asigurare sau a indemnizației de asigurare.

### **IX. ORDINEA ÎNDEPLINIRII OBLIGAȚIUNILOR FĂTĂ DE PERSOANELE ASIGURATE**

9.1. Dreptul persoanei asigurate de a beneficia de serviciile medicale prevăzute în Contractul de asigurare parvenite din momentul primirii poliței de asigurare nominale, dar nu mai târziu decât după 5 zile calendaristice de la data intrării primei de asigurare unice (inițiale) la contul de decontare al Asigurătorului.

9.2. Asistența medicală prevăzută în Contractul de asigurare este prestată persoanei asigurate conform schemei tehnologice (Anexa nr.3), la adresarea acesteia la Instituția medicală indicată în poliță de asigurare cu prezentarea acesteia, însotită de buletinul de identitate al persoanei în cauză.

9.3. Dacă la solicitarea serviciilor medicale prevăzute de Contractul de asigurare sau în cadrul prestării acestora, persoana asigurată este nesatisfăcută de calitatea serviciilor prestate sau de atitudinea neadecvată a lucrătorilor medicali, ea va solicita Asigurătorul la telefonul indicat în poliță de asigurare.

9.4. Dacă din diverse motive, inclusiv în cazurile prestării asistenței medicale de urgență de către alte Instituții medicale din republică, persoana asigurată a achitat parțial sau integral serviciile medicale prestate în baza Contractului de asigurare, Asigurătorul, după verificarea asistenței medicale prestate, va restituî persoanei asigurate cheltuielile suportate.

9.5. Pentru a-și restituî cheltuielile suportate la achitarea serviciilor medicale prevăzute de Contractul de asigurare, persoana asigurată va depune în adresa Asigurătorului o cerere, vizată de Asigurat, la care va anexa în original următoarele documente:

- Buletinul de identitate (**copia**)

- Certificatul de concediu medical (**copia**).

- Copia fișei de ambulator pe perioada de tratament, Extrasul - trimis din Instituția medicală spitalicească (**original**), semnat de medicul curant și conducătorul Instituției medicale, confirmat prin sigiliile medicului curant și cel al Instituției medicale;

- Bonurile de plată (**original**) pentru serviciile prestate, medicamentele administrate în cadrul tratării consecințelor cazului de asigurare.

- Rețetele (**original sau copii**) în baza cărora au fost procurate medicamentele prescrise.

9.6. După verificarea documentelor prezentate, Asigurătorul restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate, confirmate anterior de medicii experți ai Asigurătorului, în cel mult 10 zile bancare de la data luării deciziei respective.

### **X. ORDINEA SOLUȚIONĂRII LITIGIILOR**

10.1. Litigiile apărute în legătură cu executarea prezentului contract se vor soluționa pe cale amiabilă, în cazul neatingerii unui acord în acest sens – se vor soluționa de instanță de judecată competentă, în ordinea stabilită de legislația Republicii Moldova.

10.2. Până la depunerea cererii de chemare în judecată la instanța de judecată competență, partea cointeresată este obligată să înainteze pretenție celeilalte părți.

10.3. Pretenția și răspunsul la ea, trebuie să fie expediate prin poștă, prin intermediul unei scrisori recomandate sau telegramă cu înștiințare de înmânare. Termenul acordat pentru răspuns la pretenție și expedierea acestuia începe să curgă din momentul primirii scrisorii sau telegramei menționate.

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

#### **XI. DISPOZIȚII FINALE**

11.1. Partea are dreptul să ceseioneze drepturile și obligațiile sale conform prezentului contract, terțelor persoane, doar cu acordul în scris a celeilalte părți.

11.2. Prezentul contract este întocmit în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, ce au aceeași putere juridică.

11.3. Denumirea părților prezentului contract, rechizitele bancare și semnăturile reprezentanților autorizați:

11.4. Toate anexele sunt parte integranta a prezentului contract.

#### **XII. ADRESELE JURIDICE ALE PĂRȚILOR**

**ASIGURĂTORUL**

**ASIGURATUL**

## Anexa Nr. 1

la Baza tehnică cu privire la calculul primei de asigurare și al rezervelor tehnice de asigurare pentru clasa 2 la asigurările generale: asigurare de sănătate, aprobate prin Hotărârea Consiliului de administrație al SAR "DONARIS GROUP" S.A. Nr.23/11 din "28" noiembrie 2011.

**Tabela primelor de asigurare  
la asigurarea medicală facultativă colectivă a sănătății  
(la 1 salariat pentru 12 luni) în funcție de numărul persoanelor asigurate  
și categoria instituției medicale**

Numărul persoanelor asigurate	Instituții medicale municipale			Instituții medicale republicane		
	Servicii medicale de ambulator	Servicii medicale de staționar	TOTAL	Servicii medicale de ambulator	Servicii medicale de staționar	TOTAL
	3000	12000		7500	12500	
7-10	1078	1874	2952	1188	2954	4142
11-20	984	1573	2557	1082	2460	3543
21-50	905	1381	2286	996	1874	2870
51-100	885	1182	2066	975	1574	2549
101-150	787	983	1769	869	1480	2349
151-250	800	885	1685	824	1381	2205
251-500	730	787	1517	804	1281	2085
501-750	691	692	1383	762	1182	1944
751-1000	668	592	1260	738	1084	1822
1001 și mai mulți	652	573	1225	717	984	1701

**Coeficienții care se aplică la tariful de bază în funcție de vîrstă persoanei asigurate.**

Factori de risc	Cuantumul coeficientului
<b>1.Grupele de vîrstă:</b>	
până la 4 ani	2,0
de la 4 până la 14 ani	1,5
de la 15 până la 45 ani	1,0
de la 46 până la 55 ani	1,1
de la 56 până la 60 ani	1,2
de la 61 până la 65 ani	1,3
de la 66 până la 70 ani	1,5

de la 71 până la 75 ani	1.7
de la 76 până la 80 ani	1.9
<b>2. Condiții nocive de muncă</b>	1.5
<b>3. Prezența bolilor cronice (cu excepția maladiilor oncologice, diabetului zaharat, cerozei hepatice prezente la data semnării contractului de asigurare)</b>	2.0
<b>4. Prezența bolilor grave: Diabetul zaharat, ceroza hepatică, hepatite cronice decompensate, maladii oncologice maligne</b>	3.0

**Mărimea primei de asigurare și răspunderea Asigurătorului în dependență de perioada de asigurare.**

Perioada de asigurare	Procentul din prima de asigurare
6 luni	70
7 luni	75
8 luni	80
9 luni	85
10 luni	90
11 luni	95
12 luni	100