

Serviciul Național de Management al Frecvențelor Radio

OFERTĂ de asigurare benevolă a sănătății

Stimate Doamne, Stimați Domni,

Exprimându-ne tot respectul, Vă prezentăm condițiile generale ale Ofertei de asigurare, caracteristica generală a Programului și Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății, promovate de **Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA** pe piața de asigurări a Republicii Moldova (în anexă pe 4 foi).

Asigurările benevole ale sănătății în **Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA** sunt promovate de un grup de specialiști cu o practică de activitate în domeniul asigurărilor benevole ale sănătății de peste 20 ani, care au deservit pe parcursul ultimilor ani angajații asigurați ai unor companii cu un număr de 1000 – 4000 persoane per colectiv (MOLDOVA GAZ SA, APA CANAL Chișinău SA, Franzeluța SA, RED NORD EST SA, Victoriabank SA, TUTUN CTC Chișinău, ERICSSON SA, e.t.c.) și a sute de companii cu diferite forme de proprietate, inclusiv cu capital străin, unde activează 10-100 și mai mulți angajați, fără reclamații din partea persoanelor asigurate.

PROGRAM DE ASIGURARE

1. Riscurile acoperite de Contractul de asigurare - dereglările de sănătate survenite pe parcursul perioadei de asigurare, care au afectat sănătatea persoanei asigurate și produc pierderi financiare în rezultatul tratamentului consecințelor acestora:

- boala acută;
- acutizarea bolilor cronice preexistente
- accidentul (traumă de caracter mecanic, termic, chimic),

survenite în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, a cărei producere obligă Asigurătorul:

- să organizeze prestarea asistenței medicale de calitate și fără rând conform programelor de asigurare contractate (în mărimea sumei de asigurare per persoană asigurată) în instituțiile medicale indicate în polița de asigurare;

- să achite Instituției medicale sau Persoanei asigurate costul asistenței medicale beneficiate de Persoana asigurată în 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 Programul de asigurare;

- să asigure evacuarea cu transportul medical specializat a Persoanei asigurate din instituția medicală în care aceasta a fost internată de urgență în una din instituțiile medicale specializate din cele indicate în polița de asigurare, asigurând tratamentul specializat al acesteia.

2. Clauze suplimentare (se vor acorda cu titlu gratuit față de pachetul de asigurări propus contra preț fiecărui angajat asigurat):

- a. Fiecare angajat asigurat va primi o poliță de asigurare de accidente cu suma de asigurare de **15 000 MDL** per asigurat.
- b. Fiecare angajat asigurat va efectua un control medical programat gratuit (consultații, ECG cordului, ultrasonografia organelor interne, analizele sângelui și urinei, etc.) la suma de **500 lei** persoană în cadrul Policlinicii ACSR AG RM.

II. Propunerea tehnică

1. **Riscurile asigurate** conform Contratului de asigurare benevolă a sănătății sunt considerate **dereglările de sănătate survenite pe parcursul perioadei de asigurare**, calificate drept **caz asigurat**, care au afectat sănătatea persoanei asigurate și produc pierderi financiare în rezultatul tratamentului consecințelor acestora (servicii medicale consultative, diagnostic de laborator și funcțional, tratament medicamentos ambulatoric și spitalicesc, fizioterapeutic, servicii stomatologice, etc – vezi în anexă Programele de asigurare).

2. **Riscurile de sănătate, excluse din asigurări** (dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții):

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.

2. Maladii oncologice;

3. Maladii sexual-transmisibile, SIDA;

4. Boli psihice;

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

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

7. Tratamentul patologiilor sexuale (impotența, sterilitatea);

8. Tratamentul stomatologic și ortodontic, cu excepția stărilor chirurgicale acute și sindromului algie;

9. Adresare în Instituția medicală pentru examen medical în scopul obținerii permisului de conducere al unităților de transport și de port-armă;

10. Alcoolismul, diabetul zaharat;

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

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

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

3. **Limita de despăgubire pe eveniment – contractul de asigurare nu prevede:**

1. Limite de adresări după asistență ambulatorică (vizite) la medicii instituțiilor medicale, indicate în contractul de asigurare;

2. Limite de spitalizări în instituțiile medicale, indicate în contractul de asigurare;

3. Limite de investigații diagnostice de laborator și funcționale, prevăzute de programul de asigurare contractat.

Notă. Serviciile medicale solicitate de persoana asigurată sunt prestate în limita sumei de asigurare, indicată în polița de asigurare, în volumul Programului de asigurare solicitat.

III. Propunerea financiară

Programul A - Suma asigurată per asigurat 25 000 MDL.

Programul B - Suma asigurată per asigurat 35 000 MDL

Programul de asigurare	Numărul asiguraților	Suma de asigurare anuală per colectiv MDL	Prima de asigurare anuală per colectiv MDL
A	52	1 300 000	201 500,00
B	52	1 820 000	282 100,00

IV. Condițiile de restituire a cheltuielilor pentru medicamente și servicii medicale achitate din cont propriu.

Cheltuielilor pentru medicamente și servicii medicale achitate din cont propriu sunt (în limitele prevăzute de programul de asigurare contractat) restituite persoanei asigurate în de curs de 15 zile - în baza unei cereri depuse Asigurătorului la care se vor anexa documentele, care confirmă cheltuielile declarate (extrase medicale, rețete, bonuri de casă).

V. Instituții medicale în cadrul cărora persoanele asigurate, la survenirea cazului asigurat, vor beneficia de serviciile medicale, prevăzute de Programul de asigurare benevolă a sănătății:

1. Instituții medicale private:

- **Centrul de Diagnostic German** (diagnostic, tratament terapeutic);
- Spitalul polivalent **NOVAMED** (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Spitalul polivalent **TERRAMED** (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Spitalul Internațional **MEDPARK** (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Centrul medical **GALAXIA** (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Centrul medical **On Clinic** (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Alte centre și clinici private (**Synevo, EUROLAB, Prosano, SANCOS, , EUROMED, Medeferent, Adler Medical, Magnific, Magnamed** - diagnostic, tratament terapeutic) - la solicitarea Asiguratului.

2. Instituții medicale publice:

- Policlinica și Spitalul **ACSR AG** (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Centrul Republican de Diagnosticări Medicale (diagnostic);
- Spitalul Clinic Republican (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Institutul de Neurologie și Neurochirurgie (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Institutul de Cardiologie (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Institutul de Medicină de Urgență (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Spitalul Căii Ferate din Moldova (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Institutul Mamei și Copilului (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- **CCD CENTRU** (diagnostic, tratament terapeutic);
- Spitalele municipale Arh. Mihail și Sf. Treime (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical), Spitalul clinic al MS;
- Alte instituții medicale publice, solicitate de Asigurat.

VI. Valabilitatea polițelor de asigurare – 12 luni

VII. Variante de programe de asigurare:

A. În cazul când serviciile medicale în volum prevăzute de Programul de asigurare benevolă a sănătății vor fi prestate în instituții medicale private (**Centrul de Diagnostic German, NOVAMED, TERRAMED, MEDPARK, EXTRAMED, Galaxia, Synevo, Eurolab, Prosano, etc.**) și publice republicane, inclusiv ale **ACSR AG RM**, prima de asigurare anuală per persoană va constitui **4 952 MDL** și fiecare asigurat va beneficia pe parcursul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare de servicii medicale calitative și în condiții avansate de cazare cu administrarea medicamentelor de ultimă generație la suma de **35 000 MDL**.

B. În cazul când serviciile medicale în volum prevăzute de Programul de asigurare benevolă a sănătății publice republicane și municipale, inclusiv ale **ACSR AG RM**, prima de asigurare anuală per persoană va constitui **4 025 MDL** și fiecare asigurat va beneficia pe parcursul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare de servicii medicale calitative și în condiții avansate de cazare cu administrarea medicamentelor de ultimă generație la suma de **25 000 MDL**.

Condițiile de asigurare benevolă a sănătății, promovate de Compania de asigurări „ASTRRA GRUP” SA pe piața de asigurări a Republicii Moldova, prevăd și **asigurarea membrilor familiilor angajaților asigurați** (fără limită de vârstă, la tarifele calculate pentru angajații asigurați), **nu prevăd limite** pentru adresări la policlinică, consultații și/sau investigații diagnostice, precum și pentru internări la spitalele indicate în contractul de asigurare.

Fiecare persoană asigurată, la survenirea cazului asigurat, va putea beneficia de servicii medicale prevăzute de contractul de asigurare în limita sumei de asigurare, indicată în polița de asigurare.

Departamentul juridic al Compania de asigurări „ASTRRA GRUP” este disponibil de a oferi persoanelor asigurate consultații juridice pe problemele privind relațiile Persoana asigurată – instituția medicală, Persoana asigurată – lucrătorii instituției medicale, reieșite din prevederile contractului de asigurare cu asigurarea protecției intereselor acestora, reacționând în termeni oprimi la toate reclamațiile persoanelor asigurate privind oportunitatea și calitatea serviciilor beneficiate, comportamentul neadecvat posibil al unor lucrători medicali.

Trimestrial Asigurătorul v-a prezenta Asiguratului informație despre volumul serviciilor medicale beneficiate de persoanele asigurate pe parcursul perioadei expirate, v-a examina și realiza obiecțiile și propunerile Asiguratului privind optimizarea organizării și prestării serviciilor medicale prevăzute de contractul de asigurare.

Rămânând la dispoziția dumneavoastră pentru orice informație, solicitare suplimentară, ne dorim un parteneriat pe termen lung și reciproc avantajos

Pentru explicații suplimentare puteți contacta telefonul **060 499 399**.

Cu respect,
în speranța unei colaborări reciproc avantajoase

Roman Andronic
Director General

PROGRAMUL COMPLEX A

de asigurare benevolă a sănătății “*Asistența medicală policlinică - ambulatoriu și spitalicească*”

Prezentul program de asigurare este elaborat în baza Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății promovate de Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA.

Programul de asigurare, la survenirea cazului asigurat, prevede beneficierea de un volum de servicii medicale gratuite, programate și de urgență (la domiciliu, de ambulatoriu-policlinică, spitalicești) de care poate beneficia posesorul poliței de asigurare benevolă a sănătății (în mărimea sumei asigurate stipulate în polița de asigurare), în *instituții medicale private și publice republicane și municipale*, inclusiv ale **ACSR AG RM**.

Riscurile asigurate conform Contratului de asigurare benevolă a sănătății sunt considerate **dereglările de sănătate** survenite pe parcursul perioadei de asigurare, calificate drept **caz asigurat**, care au afectat sănătatea persoanei asigurate și produc pierderi financiare în rezultatul tratamentului consecințelor acestora.

Volumul asistenței medicale acordate Persoanei asigurate la survenirea cazului asigurat:

1. **Servicii medicale prestate în condiții de policlinică** (se efectuează în baza adresării programate sau/și de urgență a Persoanei asigurate în una din instituțiile medicale indicate în Contractul de asigurare), care prevăd:

1.1. Vizite curativ – diagnostice la medici specialiști de calificare înaltă (terapeut, cardiolog, neurolog, ginecolog, gastroenterolog, oncolog, endocrinolog, alergolog, etc.t) ai instituțiilor medicale indicate în polița de asigurare;

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

1.3. Investigații instrumental – diagnostice (ultrasonore, endoscopice, rentghenologice), precum și a tomografiei computerizate, a magnito – rezonanței computerizate;

1.4. Tratamentul fizioterapeutic, indicat de medicul curativ și fizioterapeut, care constituie un element al tratamentului medicamentos al cazului asigurat.

1.5. Restituirea de către Asigurător a cheltuielilor suportate de Persoana asigurată la utilizarea medicamentelor prescrise de medicul curativ și administrate în cadrul tratamentului medicamentos în condițiile staționarului de zi, precum și administrate în cadrul tratamentului de ambulatoriu – **2 000 lei persoană**.

1.6. Servicii medicale stomatologice de urgență, ce include consultația medicului stomatolog, înlăturarea durerii acute, efectuarea rentgenoscopiei (grafiei), extracția dinților afectați, deschiderea (operatorie) și tratarea pulpitelor acute, abceselor, flegmoanelor și altor stări acute, folosind preparate anestezice performante - **1 500 lei persoană**.

1.7. **Servicii medicale prestate în mod de urgență** (7 zile, 24 ore), care se acordă persoanei asigurate în instituțiile medicale indicate în polița de asigurare, care necesită asistență medicală de urgență:

- diagnostica de urgență;
- asistența medicală de urgență;
- internarea de urgență la prezența indicațiilor medicale din instituțiile medicale din cele indicate în polița de asigurare sau, cu acordul Asiguratului, în secții specializate ale unuia din spitalele republicane specializate.

2. **Servicii medicale prestate în condiții de staționar** (se efectuează în baza îndreptării medicului specialist al uneia din instituțiile medicale din cele indicate în polița de asigurare în secțiile specializate ale acestora, care prevăd:

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

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

2.3. Acordarea asistenței medicale în secția de terapie intensivă și reanimare;

2.4. 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;

2.5. Administrarea preparatelor medicamentoase de ultimă generație, necesare pentru tratamentul efectiv al cazului asigurat, prescrise de medicul curant, serviciilor și mărfurilor prestate în mod obișnuit de instituțiile medicale;

2.6. Tratament fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut ca un element suplimentar al tratamentului medicamentos;

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

2.8. Examinarea Persoanelor asigurate (efectuarea testelor clinice și de laborator, investigațiilor endoscopice, ultrasonore, computerizate, radioizotopice și altele) la indicația oricărui medic curativ al uneia din instituțiile medicale indicate în polița de asigurare și în alte instituții medicale, dacă acestea nu pot fi efectuate în instituțiile medicale indicate în polița de asigurare.

Notă informativă.

Maladia acută este considerată dereglarea subită a sănătății (tensiune ridicată/joasă, temperatură ridicată/joasă, dureri locale/generale, slăbiciuni ,amețeli etc), apărută pentru prima dată și care necesită în mod de urgență sau programat asistență medicală consultativă, diagnostică, curativă.

Maladia cronică în acutizare se consideră acutizarea (tensiune ridicată/joasă, temperatură ridicată/joasă, dureri locale/generale, slăbiciuni, amețeli etc) ale unei maladii preexistente care necesită în mod de urgență sau programat asistență medicală consultativă, diagnostică, curativă.

PROGRAMUL COMPLEX B

de asigurare benevolă a sănătății “*Asistența medicală policlinică - ambulatoriu și spitalicească*”

Prezentul program de asigurare este elaborat în baza Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății promovate de Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA.

Programul de asigurare, la survenirea cazului asigurat, prevede beneficierea de un volum de servicii medicale gratuite, programate și de urgență (la domiciliu, de ambulatoriu-policlinică, spitalicești) de care poate beneficia posesorul poliței de asigurare benevolă a sănătății (în mărimea sumei asigurate stipulate în polița de asigurare), în instituții **medicale publice republicane și municipale**, inclusiv ale **ACSR AG RM**.

Riscurile asigurate conform Contratului de asigurare benevolă a sănătății sunt considerate **dereglările de sănătate** survenite pe parcursul perioadei de asigurare, calificate drept **caz asigurat**, care au afectat sănătatea persoanei asigurate și produc pierderi financiare în rezultatul tratamentului consecințelor acestora.

Volumul asistenței medicale acordate Persoanei asigurate la survenirea cazului asigurat:

2. **Servicii medicale prestate în condiții de policlinică** (se efectuează în baza adresării programate sau/și de urgență a Persoanei asigurate în una din instituțiile medicale indicate în Contractul de asigurare), care prevăd:

1.1. Vizite curativ – diagnostice la medici specialiști de calificare înaltă (terapeut, cardiolog, neurolog, ginecolog, gastroenterolog, oncolog, endocrinolog, alergolog, etc.t) ai instituțiilor medicale indicate în polița de asigurare;

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

1.3. Investigații instrumental – diagnostice (ultrasonore, endoscopice, rentghenologice), precum și a tomografiei computerizate, a magnito – rezonanței computerizate;

1.4. Tratamentul fizioterapeutic, indicat de medicul curativ și fizioterapeut, care constituie un element al tratamentului medicamentos al cazului asigurat.

1.5. Restituirea de către Asigurător a cheltuielilor suportate de Persoana asigurată la utilizarea medicamentelor prescrise de medicul curativ și administrate în cadrul tratamentului medicamentos în condițiile staționarului de zi, precum și administrate în cadrul tratamentului de ambulatoriu – **2 000 lei persoană**.

1.6. Servicii medicale stomatologice de urgență, ce include consultația medicului stomatolog, înlăturarea durerii acute, efectuarea rentgenoscopiei (grafiei), extracția dinților afectați, deschiderea (operatorie) și tratarea pulpitelor acute, abceselor, flegmoanelor și altor stări acute, folosind preparate anestezice performante - **1 500 lei persoană**.

2. **Servicii medicale prestate în mod de urgență** (7 zile, 24 ore), care se acordă persoanei asigurate în instituțiile medicale indicate în polița de asigurare, care necesită asistență medicală de urgență:

- diagnostica de urgență;
- asistența medicală de urgență;
- internarea de urgență la prezența indicațiilor medicale din instituțiile medicale din cele indicate în polița de asigurare sau, cu acordul Asiguratului, în secții specializate ale unuia din spitalele republicane specializate.

3. **Servicii medicale prestate în condiții de staționar** (se efectuează în baza îndreptării medicului specialist al uneia din instituțiile medicale din cele indicate în polița de asigurare în secțiile specializate ale acestora, care prevăd:

- Spitalizarea asiguraților în saloane de 1- 2 paturi cu condiții de cazare avansate;
- Examinarea diagnostică complexă clinico - funcțională, de laborator și instrumentală în scopul stabilirii diagnosticului și prescrierii tratamentului efectiv;
- Acordarea asistenței medicale în secția de terapie intensivă și reanimare;
- 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;
- Administrarea preparatelor medicamentoase de ultimă generație, necesare pentru tratamentul efectiv al cazului asigurat, prescrise de medicul curant, serviciilor și mărfurilor prestate în mod obișnuit de instituțiile medicale;
- Tratatament fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut ca un element suplimentar al tratamentului medicamentos;
- Efectuarea intervențiilor chirurgicale, iar la prezența indicațiilor medicale, și a intervențiilor chirurgicale reparatorii, care țin de înlăturarea consecințelor cazului de asigurare;
- Examinarea Persoanelor asigurate (efectuarea testelor clinice și de laborator, investigațiilor endoscopice, ultrasonore, computerizate, radioizotopice și altele) la indicația oricărui medic curativ al uneia din instituțiile medicale indicate în polița de asigurare și în alte instituții medicale, dacă acestea nu pot fi efectuate în instituțiile medicale indicate în polița de asigurare.

Notă informativă.

Maladia acută este considerată dereglarea subită a sănătății (tensiune ridicată/joasă, temperatură ridicată/joasă, dureri locale/generale, slăbiciuni ,amețeli etc), apărută pentru prima dată și care necesită în mod de urgență sau programat asistență medicală consultativă, diagnostică, curativă.

Maladia cronică în acutizare se consideră acutizarea (tensiune ridicată/joasă, temperatură ridicată/joasă, dureri locale/generale, slăbiciuni, amețeli etc) ale unei maladii preexistente care necesită în mod de urgență sau programat asistență medicală consultativă, diagnostică, curativă.