

Supliment Nr. 2 la Anexa 22

Oferta Comercială pentru Asigurarea de Accidente **Î.M. „Asociația de Gospodărire a Spațiilor Verzi”**

Stimate Doamne / Stimați Domni,

Compania de Asigurări „**GRAWE Carat Asigurări**” S.A. are plăcerea să Vă înainteze oferta de servicii de **asigurare de accidente** pentru angajații Dvs.

Compania noastră are o experiență bogată și îndelungată în domeniul asigurării persoanelor și se bucură de încrederea și respectul pe care îl acordăm noi înșine clienților. Oferim tarife atractive, plata despăgubirilor de asigurare într-un timp cât mai scurt, servicii personalizate de calitate, atitudine, deschidere și profesionalism.

Produsul de asigurare de accidente **Protecta**, ce-l propunem atenției Dvs., nu are analogii pe piața de asigurări a Republicii Moldova și posedă un șir de avantaje incontestabile:

- ✓ Asigurarea este valabilă în întreaga lume, fără majorarea primei de asigurare;
- ✓ Pachetul de riscuri de asigurare și sumele de asigurare pe fiecare risc în parte se determină individual la dorința fiecărui client;
- ✓ Achitarea despăgubirii conform unui risc nu reduce sumele de asigurare pe celelalte riscuri;
- ✓ Sumele de asigurare pentru riscurile „deces” și „invaliditate permanentă” pot fi diferite;
- ✓ Calcularea primei de asigurare independent de vârsta asiguratului;
- ✓ O metodă simplificată de determinare a clasei de risc a angajaților;
- ✓ Posibilitatea asigurării nominale și nenominale;
- ✓ Acoperirea prin asigurare se răspândește și asupra hobby-ului (inclusiv practicarea sportului);
- ✓ Tarife foarte atractive pentru asigurarea colectivă, inclusiv și posibilitatea de obținere a reducerilor suplimentare;
- ✓ Toate contractele de acest tip sunt reasigurate la compania austriacă **GRAZER WECHSELSEITIGE VERSICHERUNG AG**, care este acționarul principal al CA „GRAWE CARAT Asigurări” SA.

1. Polița de asigurare de accidente propune protecție în cazul apariției următoarelor riscuri:

- ✓ **Invaliditate permanentă:** capacitatea fizică sau mentală a Asiguratului este afectată pe termen lung în urma accidentului;
- ✓ **Decesul** în urma accidentului;
- ✓ **Traumă.** În cazul traumei obținute în urma accidentului, Asigurătorul achită Asiguratului procentul corespunzător din suma de asigurare pentru riscul de traumă. În cazul traumării mai multor părți ale corpului sau organelor, procentele corespunzătoare se sumează;

2. Cazurile asigurate

Accidentul constituie un eveniment produs independent de voința Asiguratului, cu efect spontan și din exterior asupra corpului său, din punct de vedere mecanic sau chimic, care aduce cu sine vătămare corporală, invaliditate sau deces, inclusiv:

- ✓ Înec;

- ✓ Leziuni termice provocate de fulger sau curent electric;
- ✓ Inhalarea de gaze sau vapori, ingerarea de substanțe toxice, excluzând cazul în care aceste acțiuni se petrec treptat;
- ✓ Fracturi de oase cu sechele permanente, rupturi de mușchi, tendoane, ligamente și vene, cu sechele permanente, precum și afecțiuni mecanice cu sechele permanente ale coloanei vertebrale;
- ✓ Acțiuni ilicite ale terțelor persoane ce au afectat integritatea corporală a Asiguratului;
- ✓ Accidente rutiere, aeriene, etc.

3. Nu se includ în asigurare evenimentele (art.18 din Condiții generale de asigurare pentru asigurarea de accident):

- (1) care se produc în timpul folosirii aparatelor de zbor și la săritura cu parașuta, precum și la folosirea de nave aeriene, atât timp cât aceste evenimente nu sunt cele precizate la articolul 16, punctul (3);
 - (2) care se datorează participării la competiții în sporturile cu motor (de asemenea, întreceri și raliuri) și cursele de antrenament pentru aceste întreceri;
 - (3) produse ca urmare a participării la competiții regionale, naționale sau internaționale în sporturi ca schi, săritura de la trambulină, bob, bob-schi sau scheleton, precum și la antrenamentele oficiale în vederea acestor manifestări competiționale;
 - (4) produse din cauza încercării sau comiterii intenționate a unei contravenții sau infracțiuni de către Asigurat;
 - (5) care sunt în legătură directă sau indirectă cu:
 - (5.1) evenimentele de război de orice fel - cu sau fără declarație de război, inclusiv toate faptele violente politice sau ale organizațiilor teroriste;
 - (5.2) mișcările sociale interne (dacă Asiguratul a luat parte la acestea de partea instigatorilor), războaiele civile, revoluțiile, rebeliunile, răscările;
 - (5.3) orice măsuri militare sau oficiale care sunt în legătură cu evenimentele menționate la punctele (5.1) și (5.2);
 - (5.4) efectele directe sau indirecte ale energiei nucleare, izotopilor radioactivi sau razelor ionizante; alte dezastre tehnogene;
 - (6) pe care Asiguratul le suferă ca urmare a unui infarct miocardic sau a unui atac de apoplexie; un infarct miocardic nu este în nici un caz considerat consecință a unui accident;
 - (7) suferite de Asigurat în urma unor tulburări de conștiință, sau determinate de afectări esențiale a capacității psihice din cauza consumului de alcool, drogurilor, precursorilor, etnobotanicelor, și analogii acestora, sau medicamente fără prescripția medicului, precum și medicamentele ce limitează unele funcții;
- Accidentul se consideră produs în urma consumului de alcool de către Asigurat dacă:
- Asiguratul în calitate de șofer al autovehiculului, în momentul survenirii cazului asigurat avea concentrarea alcoolului în sânge mai mare de 10,8 moli (0,5‰);
 - dacă Asiguratul refuză sau se eschivează de la procesul de stabilire a stării de ebrietate.
- (8) datorate leziunilor corporale produse în timpul unor tratamente sau operații pe care Asiguratul și le-a efectuat singur sau i s-au efectuat, în cazul în care riscul asigurat nu a fost motivul pentru aceste tratamente sau operații. În cazul în care riscul asigurat a fost motivul efectuării tratamentelor sau operațiilor, punctul (5.4) nu se aplică;
 - (9) care i se produc Asiguratului ca șofer al unui vehicul pentru care nu posedă permis de conducere valabil pentru conducerea pe drumuri publice; această prevedere este valabilă și dacă vehiculul nu este condus pe drumuri publice;
 - (10) dacă Asiguratul decedează ca persoană aflată într-un vehicul al cărui conducător se afla sub influența alcoolului, drogurilor, precursorilor, etnobotanicelor și analogii acestora sau medicamentelor; restricția nu se aplică în cazul în care Asiguratul nu poate fi făcut responsabil de neluarea la cunoștință a pericolului;
 - (11) dacă Asiguratul este condamnat la moarte și condamnarea se execută sau dacă Asiguratul este ucis;

- (12) dacă Asiguratul se sinucide sau suferă un accident în urma tentativei de sinucidere;
- (13) nu există protecție prin asigurare pentru consecințele, respectiv pentru agravarea consecințelor accidentului, dacă Asiguratul nu solicită imediat ajutor medical, nu urmează complet tratamentul, nu-și facilitează restabilirea și nu previne și diminuează, în măsura posibilităților, consecințele accidentului.
- (14) care sunt rezultatul oricăror încălcări ale tehnicii de securitate.

4. Plata indemnizației de asigurare se efectuează în conformitate cu condițiile de asigurare, în decurs de o săptămână de la finalizarea investigațiilor și obținerea tuturor documentelor necesare (prezentate la sediul asigurătorului) pentru stabilirea riscului asigurat și a valorii sumei totale. Finalizarea investigațiilor și stabilirea riscului asigurat și a valorii sumei totale se efectuează conform termenelor stabilite în Codul Civil al Republicii Moldova (art. 1328).

Metoda de calcul a indemnizației de asigurare pe fiecare risc asigurat:

Invaliditate permanentă	Conform Art.20 din Condițiile de asigurare pentru asigurarea de accidente (Anexa nr. 1)
Deces	Conform Art.21 din Condițiile de asigurare pentru asigurarea de accidente (Anexa nr. 1)
Traumă	Conform Art.22 din Condițiile de asigurare pentru asigurarea de accidente (Anexa nr. 1) <i>Tabelul de determinare a mărimii indemnizațiilor de asigurare pentru riscul „Traumă” este atașat (Anexa nr. 3)</i>

5. Perioada de asigurare: 12 luni.

6. Sumele de asigurare pentru riscurile de invaliditate și deces din accident: de la 5 mii lei.

7. Acoperire: accidentele care se produc în timpul exercitării profesiei; drumul dintre serviciu și locuință și invers; deplasările în interes de serviciu pe teritoriul Republicii Moldova

8. Teritorialitatea: întreaga lume (nelimitat).

9. Criterii de eligibilitate: vârsta asiguraților cuprinsă între 16 și 75 ani.

10. Asiguratul se consideră angajatul companiei indicat în contractul de asigurare sau în anexele acestuia. Este posibilă asigurarea nenominală unde se indică doar numărul angajaților și pozițiile ocupate.

11. Numărul persoanelor asigurate: 814.

12. Plata primei de asigurare: integral până la începerea perioadei de asigurare sau în rate.

13. Transferul asigurării (nefolosite) pentru asigurat nou: DA

14. Descrierea claselor de risc:

Clasa de risc II:**

** Persoane care, datorită profesiei, sunt expuse unor riscuri mărite de accidentare datorită efortului fizic, al manipulării de mașini și unelte, al utilizării de substanțe corozive, toxice, ușor inflamabile sau explozive sau datorită pericolului indus de energia electrică sau termică. De exemplu, în această clasă de risc se încadrează următoarele persoane: șoferi, constructori, personal din domeniul căilor ferate (în măsura în care își desfășoară activitatea la circulație sau întreținerea căii ferate), chimiști, personal silvic, pompieri civili, agricultori, grădinari, medici veterinari, îngrijitori de animale (cu excepția animalelor mici), profesori de sport, ghizi montani, personal de pază, poștași, membri ai unor organisme de control (de ex., Garda Financiară) dacă au activități de teren, etc.

15. Calculul primei de asigurare:

Riscuri asigurate	Suma asigurata, MDL (pentru o persoană)	Prima de asigurare, MDL (pentru o persoană) <u>clasa II de risc*</u>
Invaliditate permanentă	40 000,00	30,91
Deces	40 000,00	21,12
Trauma	40 000,00	119,40
TOTAL		171,43

Exemplu calcul:

TOTAL 814 persoane clasa de risc II (814 pers. x 171,43 MDL) = 139.544,02 MDL

Obținând polița noastră de asigurare, Dvs. veți obține o protecție materială în caz de apariție a situațiilor imprevizibile din viața cotidiană.

Cu respect,

Î.M. C.A. "GRAWE CARAT Asigurări" S.A.

Părți integrante ale prezentei oferte:

Anexa nr.1 - Condițiile de asigurare de accidente

Anexa nr.2 - Condițiile speciale de asigurare de accidente colective

Anexa nr.3 – Tabelul de determinare a mărimii indemnizațiilor de asigurare pentru riscul „Traumă”

**CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PENTRU
ASIGURAREA DE ACCIDENTE (2020)
- ÎM CA "GRAWE CARAT ASIGURĂRI" S.A. –
în vigoare din 21.08.2020**

Introducere:

Pentru asigurările de accidente ale CA "GRAWE CARAT Asigurări" SA sunt valabile reglementările corespunzătoare ale Codului Civil al Republicii Moldova, ale legislației în domeniu și prezentele condiții de asigurare pentru asigurarea de accidente, în măsura în care în contractul de asigurare nu există prevederi speciale.

Partea I – REGLEMENTĂRI GENERALE

Articolul 1: Definiția termenilor de bază

(1) **Asigurătorul** este compania de asigurări CA "GRAWE CARAT Asigurări" SA.

(2) **Solicitantul** este persoana care depune cererea de asigurare. În cazul în care cererea este acceptată și se încheie contractul de asigurare, solicitantul devine contractantul asigurării.

(3) **Contractantul** este persoana fizică sau juridică care, în calitate de partener contractual, încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul.

(4) **Asiguratul** este persoana fizică ale cărei interese și integritate fizică sunt asigurate.

(5) **Beneficiarul** este persoana desemnată de Contractantul asigurării, să încaseze indemnizația de asigurare în cazul decesului (și a invalidității permanente, după caz) Asiguratului, iar în alte cazuri asigurate Beneficiar este însăși Asiguratul.

Beneficiarul indemnizației de asigurare în cazul decesului (și a invalidității permanente, după caz) Asiguratului poate fi desemnat doar cu acordul Asiguratului.

(6) **Polița** este documentul scris, emis de Asigurător către Contractant, care confirmă încheierea contractului de asigurare.

(7) **Durata** contractului de asigurare se stabilește de partenerii contractuali și este menționată în polița de asigurare.

(8) **Perioada de asigurare** este perioada pentru care se stabilește prima de asigurare și este de 1 an, în măsura în care contractul nu este încheiat pe o perioadă mai scurtă. Perioada de asigurare începe la data în care intră în vigoare contractul de asigurare, cu excepțiile prevăzute de legislația în vigoare a Republicii Moldova. Această dată este începutul asigurării menționat în poliță.

(9) **Riscul asigurat** este unul sau mai multe evenimente viitoare, posibile, dar incerte prevăzute de contractul de asigurare.

(10) **Cazul asigurat** este producerea riscului asigurat care naște obligația asigurătorului să plătească indemnizația de asigurare.

(11) **Indemnizația de asigurare** este suma pe care Asigurătorul o plătește conform contractului de asigurare după constatarea cazului asigurat.

(12) **Protecția prin asigurare** este obligația Asigurătorului de a plăti indemnizația de asigurare conform contractului de asigurare, la producerea unui risc asigurat.

(13) **Suma Asigurată** este suma maximă pe care Asigurătorul este obligat să o plătească, în conformitate cu condițiile contractului de asigurare, la producerea unui caz asigurat.

(14) **Prima de asigurare** este suma ce trebuie plătită de Contractantul asigurării în schimbul protecției prin asigurare.

Articolul 2: Contractul de asigurare

(1) Prin contractul de asigurare se stabilesc de comun acord drepturile și obligațiile partenerilor din contractul de asigurare. Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare stabilită în contract în cazul producerii a unui caz asigurat. Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare.

(2) Cererea de asigurare, polița de asigurare, condițiile de asigurare, contractul de asigurare precum și toate documentele semnate de Contractant constituie baza juridică a contractului de asigurare. De aceea, sunt valabile doar condițiile de asigurare pe care Contractantul le-a primit la încheierea contractului de asigurare, ca parte integrantă a acestuia.

(3) Pentru încheierea contractului de asigurare, contractantul asigurării prezintă asigurătorului o cerere în formă scrisă privind interesul său în asigurare.

(4) După primirea cererii de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita completări și prezentarea unor documente suplimentare (în special rezultatele examinărilor medicale). În acest caz, cererea de asigurare se consideră ca fiind ajunsă la Asigurător doar în momentul în care acesta obține completările și documentele solicitate.

Articolul 3: Durata, perioada și teritorialitatea contractului de asigurare

(1) Durata contractului de asigurare și perioada asigurată se stabilesc de către partenerii de contract și sunt menționate în contractul sau polița de asigurare.

(2) Teritorialitatea contractului de asigurare este nelimitată, cu condiția ca în polița de asigurare să nu existe prevederi speciale.

Articolul 4: Schimbarea adresei Contractantului

(1) În cazul în care Contractantul își schimbă adresa declarată, el este obligat să comunice Asigurătorului noua adresă în decurs de o săptămână de la modificare.

(2) În cazul în care Contractantul își schimbă adresa declarată și nu comunică acest lucru Asigurătorului, va avea efect juridic corespondența trimisă de Asigurător la ultima adresă cunoscută.

(3) În cazul în care Contractantul este o persoană juridică, la schimbarea adresei se aplică reglementările punctelor (1) și (2) ale acestui articol.

(4) În cazul în care Contractantul va pleca și va rămâne în afara granițelor Republicii Moldova pentru o perioadă mai mare de 1 (una) lună, el trebuie să numească o persoană din Republica Moldova, împuternicită să preia declarațiile Asigurătorului către Contractant, în caz contrar aplicându-se reglementările punctului (2) al acestui articol.

Articolul 5: Termenul pentru efectuarea sau respingerea plății indemnizației de asigurare

(1) În decurs de o săptămână de la finalizarea investigațiilor și obținerea documentelor necesare pentru stabilirea riscului asigurat și a valorii sumei totale de plată, Asigurătorul trebuie să efectueze plata sau să trimită o înștiințare scrisă referitoare la refuzul plății și la motivul respingerii plății indemnizației de asigurare. Efectuarea plăților în numerar se face la sediul Asigurătorului. Transferul plăților prin virament bancar către Beneficiar se face pe cheltuiela Beneficiarului. Eventualele taxe și impozite legale obligatorii vor fi suportate de către Beneficiar.

(2) Asigurătorul are dreptul să amâne examinarea cererii, dacă din vina Contractantului, a Asiguratului sau a Beneficiarului se complică finalizarea investigațiilor pentru stabilirea circumstanțelor riscului asigurat, a cauzelor producerii acestuia sau pentru stabilirea valorii indemnizației de asigurare.

(3) Dacă există dubii referitoare la dreptul Asiguratului sau Beneficiarului de a încasa indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne examinarea cererii sau efectuarea plății până la obținerea dovezilor necesare. Dacă s-a început o cercetare de către organele abilitate în legătură cu producerea riscului asigurat, împotriva Contractantului, Asiguratului sau Beneficiarului, Asigurătorul are dreptul, în conformitate cu prezentele reglementări, să amâne examinarea cererii sau plata indemnizației până la încheierea cercetării.

Articolul 6: Prescripția drepturilor asupra indemnizației de asigurare

(1) Drepturile asupra indemnizației care rezultă din contractul de asigurare se prescriu în termen de trei ani de la data producerii riscului asigurat.

(2) Dacă asigurătorul respinge cererea de plată a indemnizației de asigurare, beneficiarul are dreptul de a contesta refuzul în instanța competentă în termen de 3 ani, începând cu data de la care asigurătorul a comunicat în scris respingerea cererii de plată. După expirarea acestui termen, asigurătorul este absolvit de plată.

Articolul 7: Obligația de informare la încheierea contractului și încălcarea obligației de informare

(1) În cererea pentru încheierea unui contract de asigurare, solicitantul asigurării are obligația de a declara toți factorii cunoscuți sau care ar trebui să îi cunoască, relevanți pentru preluarea riscului. Relevanți sunt factorii care pot influența decizia Asigurătorului referitoare la încheierea contractului de asigurare.

Sunt considerați factori relevanți, factorii referitor la care Asigurătorul a adresat întrebări în scris.

(2) Asigurătorul poate solicita rezoluțiunea contractului de asigurare dacă sunt încălcate prevederile punctului (1) cu privire la obligația declarării factorilor relevanți pentru preluarea riscului.

De asemenea, Asigurătorul poate declara rezoluțiunea contractului de asigurare dacă un factor relevant nu a fost declarat intenționat sau dacă s-a făcut o declarație neconformă cu realitatea referitoare la un factor relevant.

(3) Rezoluțiunea contractului este exclusă dacă Asigurătorul a avut cunoștință de factorul nedeclarat sau în cazul în care Contractantul sau Asiguratul nu pot fi făcuți vinovați de nedeclararea, respectiv de declararea neconformă cu realitatea referitoare la un factor relevant.

(4) Asigurătorul poate declara rezoluțiunea contractului de asigurare numai în decurs de o lună de la data la care a luat la cunoștință de încălcarea obligației de furnizare de declarații complete și conforme cu realitatea, cu un termen de preaviz de o lună.

(5) Dacă la încheierea contractului de asigurare Asigurătorul nu a fost informat complet și conform cu realitatea, în sensul prevederilor de mai sus, despre factorii relevanți, Asigurătorul nu poate refuza obligația de plată dacă Beneficiarul dovedește că factorii cu privire la care s-a încălcat obligația furnizării de declarații complete și conforme cu realitatea nu au influențat producerea riscului asigurat sau valoarea indemnizației datorate de Asigurător, inclusiv, factorii nedeclarați nu plasau Asiguratul într-o clasă de risc sporit sau în categoria persoanelor neasigurabile.

Articolul 8: Terțe persoane

(1) În cazul în care contractul de asigurare se încheie pentru o persoană asigurată diferită de Contractantul asigurării, atunci, pentru valabilitatea contractului, este necesar acordul scris al Asiguratului.

(2) La încheierea contractelor de asigurare pentru asigurați cu vârsta sub 18 ani, Contractantul poate fi unul dintre părinți sau alt reprezentant legal al Asiguratului. Un contract de asigurare pentru un Asigurat cu vârsta sub 18 ani poate fi încheiat și de alte persoane decât cele menționate anterior numai cu acordul scris al părinților sau al altui reprezentant legal al Asiguratului.

(3) În cazul în care contractul de asigurare se încheie de către un împuternicit, pentru absolvirea de plată a Asigurătorului datorită încălcării obligației de furnizare de informații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului, se vor lua în considerare nu numai cunoștințele și rea-credința reprezentantului, ci și ale Contractantului sau Asiguratului.

(4) Toate prevederile referitoare la Contractant sunt valabile, după caz, pentru asigurați și pentru persoanele care revendică drepturi din contractul de asigurare. Aceste persoane sunt răspunzătoare, alături de Contractant, de îndeplinirea tuturor obligațiilor din contractul de asigurare, cu excepția plății primelor de asigurare. Încălcarea obligațiilor din contractul de asigurare de către aceste persoane are aceleași efecte juridice ca și încălcarea obligațiilor din contractul de asigurare de către Contractant.

(5) După producerea unui risc asigurat, Asigurătorul poate declara, cu efect juridic, refuzul obligației de plată sau rezoluțiunea contractului de asigurare și către o terță persoană împuternicită.

Articolul 9: Prima de asigurare

(1) Prima de asigurare este indicată în polița și contractul de asigurare și se achită anticipat și integral pentru întreaga perioadă menționată în contract, sau în rate, din care prima rată se plătește înainte de începerea perioadei de asigurare. În cazul în care s-a convenit plata în rate, asigurătorul poate calcula un adaos la prime conform coeficienților stabiliți în tarif.

(2) Asigurătorul nu este obligat să reamintească Contractantului datele la care sunt scadente ratele de primă datorate de acesta.

(3) Neachitarea primei sau unei rate de primă până la data scadență, are drept consecință rezoluțiunea de drept a contractului de asigurare.

(4) Dacă, conform contractului de asigurare, prima de asigurare este plătită în rate, atunci plata indemnizației de asigurare, pentru cazurile asigurate care apar până la expirarea termenului de plată a ultimei rate, se va efectua doar după stingerea integrală a sumelor datorate indiferent de termenul de plată a acestora. Asigurătorul este în drept să compenseze primele de asigurare datorate din suma indemnizației de asigurare cuvenite, chiar dacă cel ce pretinde este un terț.

(5) Achitarea se poate efectua prin virament sau în numerar. Dovada plății primelor de asigurare revine Contractantului sau Asiguratului, după caz, înscrisul constatator fiind bonul de casă, dispoziția de plată sau un alt document probator al plății.

(6) În cazul rezoluțiunii contractului Asigurătorul nu va restitui primele pentru perioada de asigurare rămasă în cazul în care se datorează sau au fost achitate indemnizații de asigurare.

Articolul 10: Începutul și încetarea protecției prin asigurare

(1) Contractul de asigurare intră în vigoare din momentul achitării primei de asigurare sau a primei rate. Protecția prin asigurare începe din momentul menționat în polița de asigurare, dar nu mai devreme de momentul achitării primei de asigurare sau a primei rate.

(2) Contractul de asigurare încetează prin revocare, rezoluțiune, expirare, achitarea indemnizației de asigurare în mărimea sumei asigurate.

Articolul 11: Corespondența oficială

(1) Cererile și declarațiile referitoare la contractul de asigurare sunt valabile doar dacă au fost făcute în formă scrisă.

(2) Declarațiile Contractantului, ale Asiguratului și ale Beneficiarului sunt valabile numai după primirea acestora la sediul Asigurătorului.

(3) Declarațiile Asigurătorului sunt valabile numai dacă sunt eliberate de la sediul Asigurătorului, cu însemnele acestuia.

Articolul 12: Beneficiari

(1) La încheierea contractului de asigurare, Contractantul desemnează unul sau mai mulți Beneficiari, cu condiția respectării prevederilor art. 1 (5) al prezentelor condiții. La producerea riscului asigurat, Beneficiarii au dreptul de a încasa indemnizația de asigurare. Până la producerea riscului asigurat și cu acordul Asiguratului, Contractantul poate schimba oricând Beneficiarii stabiliți conform contractului de asigurare.

(2) În cazul în care Contractantul și Asiguratul nu au dispus altfel, atunci când sunt mai mulți Beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra indemnizației de asigurare.

(3) Dacă unul dintre Beneficiari nu-și poate primi cota din indemnizația de asigurare (din motivele expuse mai jos), aceasta se va acorda proporțional celorlalți Beneficiari.

(4) Modificarea Beneficiarilor este recunoscută cu efect juridic de către Asigurător doar dacă aceasta este în formă scrisă.

(5) Dacă niciunul dintre Beneficiarii desemnați nu supraviețuiește până la data solicitării indemnizației de asigurare, pentru cazul asigurat – deces al Asiguratului, indemnizația se va plăti moștenitorilor Asiguratului. În cazul în care Beneficiarul desemnat decedează ulterior formulării solicitării plății indemnizației de asigurare, aceasta se va plăti moștenitorilor Beneficiarului desemnat.

Articolul 13: Pierderea poliței de asigurare

(1) Pierderea sau distrugerea poliței de asigurare se face cunoscută Asigurătorului în decurs de o săptămână de la data la care Contractantul sau Asiguratul au cunoscut acest fapt. La cerere, Asigurătorul va emite un duplicat al poliței de asigurare. În acest caz polița pierdută nu mai are valabilitate.

Articolul 14: Instanța competentă și legislația aplicabilă

(1) În cazul neexecutării sau executării necorespunzătoare a condițiilor Contractului de asigurare de către părțile acestuia, litigiile apărute vor fi soluționate prin negocieri.

(2) Litigiile care nu au putut fi soluționate prin negocieri vor fi soluționate în conformitate cu legislația Republicii Moldova.

(3) Prezentele condiții sunt aprobate și notificate autorității de supraveghere în limba de stat. În cazul unor discrepanțe între versiunile traduse în alte limbi, prevalează versiunea în limba de stat.

Partea II – REGLEMENTĂRI SPECIALE

Articolul 15: Obiectul asigurării

(1) Asigurătorul oferă protecție prin asigurare dacă Asiguratul suferă un accident.

Sumele Asigurate în contractul de asigurare sunt trecute în poliță iar indemnizațiile sunt definite prin prevederile articolelor 20, 21, 22, 23, 24 și 25 ale prezentelor condiții de asigurare.

Articolul 16: Noțiunea de accident

(1) Se consideră accident evenimentul care se produce independent de voința Asiguratului, care are efect spontan și din exterior asupra corpului său din punct de vedere mecanic sau chimic și care aduce cu sine o vătămare corporală sau decesul.

(2) Se consideră accidente și următoarele evenimente care se produc fără voia Asiguratului:

- înec;
- leziuni termice, efectele fulgerului sau curentului electric;
- inhalarea de gaze sau vapori, ingerarea de substanțe toxice, excluzând cazul în care aceste acțiuni se petrec treptat;

- fracturi de oase cu sechele permanente, rupturi de mușchi, tendoane, ligamente și vene, cu sechele permanente, precum și afecțiuni mecanice cu sechele permanente ale coloanei vertebrale.

(3) Protecția prin asigurare se referă și la accidente ale Asiguratului ca pasager în avioane admise pentru transportul de persoane. Pasagerul de zbor este o persoană care nu participă la conducerea navei aeriene, nu este membru al echipajului și nici nu exercită o activitate profesională în timpul folosirii navei aeriene.

(4) Bolile, inclusiv bolile transmisibile, nu sunt considerate accidente și nici consecințe ale unui accident. Tetanosul și rabia sunt asigurate doar dacă au fost cauzate în urma unui accident conform punctului (1).

Articolul 17: Persoanele care nu pot fi asigurate

(1) Persoanele care nu pot fi asigurate sunt acele persoane care sunt inapte de muncă sau suferă de boli grave ale sistemului nervos, precum și bolnavii cu patologii psihice. O persoană este considerată inaptă de muncă în sensul prezentelor condiții de asigurare, dacă din punct de vedere medical acelei persoane nu i se poate pretinde prestarea unei activități, din cauza unei boli sau infirmități și nu desfășoară o activitate care să îi aducă venituri.

(2) Dacă s-a încheiat un contract de asigurare cu o persoană care nu poate fi asigurată prin încălcarea obligației de furnizare de informații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului de asigurare, atunci se aplică reglementările articolului 7 al acestor condiții.

(3) Dacă în perioada de asigurare a contractului de asigurare un Asigurat a intrat în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate, protecția prin asigurare în caz de accident încetează.

Rezoluțiunea contractului de asigurare produce efecte de la data la care persoana a intrat în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate.

Articolul 18: Excluderi

Din asigurare sunt excluse accidentele:

(1) care se produc în timpul folosirii aparatelor de zbor și la săritura cu parașuta, precum și la folosirea de nave aeriene, atât timp cât aceste evenimente nu sunt cele precizate la articolul 16, punctul (3);

(2) care se datorează participării la competiții în sporturile cu motor (de asemenea, întreceri și raliuri) și cursele de antrenament pentru aceste întreceri;

(3) produse ca urmare a participării la competiții regionale, naționale sau internaționale în sporturi ca schi, săritura de la trambulină, bob, bob-schi sau skeleton, precum și la antrenamentele oficiale în vederea acestor manifestări competiționale;

(4) produse din cauza încercării sau comiterii intenționate a unei contravenții sau infracțiuni de către Asigurat;

(5) care sunt în legătură directă sau indirectă cu:

(5.1) evenimentele de război de orice fel, cu sau fără declarație de război, inclusiv toate actele de violență ale statelor și toate actele de violență ale organizațiilor politice sau ale organizațiilor teroriste;

(5.2) mișcările sociale interne (dacă Asiguratul a luat parte la acestea de partea instigatorilor), războaiele civile, revoluțiile, rebeliunile, războaiele;

(5.3) orice măsuri militare sau oficiale care sunt în legătură cu evenimentele menționate la punctele (5.1) și (5.2);

(5.4) efectele directe sau indirecte ale energiei nucleare, izotopilor radioactivi sau razelor ionizante; alte dezastre tehnogene;

(6) pe care Asiguratul le suferă ca urmare a unui infarct miocardic sau a unui atac de apoplexie. Un infarct miocardic sau un atac de apoplexie nu pot fi în nici un caz considerate consecință a unui accident;

(7) suferite de Asigurat în urma unor tulburări de conștiință, sau determinate de afectări esențiale a capacității psihice din cauza consumului de alcool, drogurilor, precursorilor, etnobotanicelor, și analogii acestora, sau medicamente fără prescripția medicului, precum și medicamentele ce limitează unele funcții;

Accidentul se consideră produs în urma consumului de alcool de către Asigurat dacă:

- Asiguratul în calitate de șofer al autovehiculului, în momentul survenirii riscului asigurat avea concentrarea alcoolului în sânge mai mare de 10,8 moli (0,5‰);

- dacă Asiguratul refuză sau se eschivează de la procesul de stabilire a stării de ebrietate

(8) datorate leziunilor corporale produse în timpul unor tratamente sau operații pe care Asiguratul și le-a efectuat singur sau i s-au efectuat, în cazul în care riscul asigurat nu a fost motivul pentru aceste tratamente sau operații. În cazul în care riscul asigurat a fost motivul efectuării tratamentelor sau operațiilor, punctul (5.4) nu se aplică;

(9) care i se produc Asiguratului ca șofer al unui vehicul pentru care nu posedă permis de conducere valabil pentru conducerea pe drumuri publice; această prevedere este valabilă și dacă vehiculul nu este condus pe drumuri publice;

(10) dacă Asiguratul decedează ca persoană aflată într-un vehicul al cărui conducător se afla sub influența alcoolului, drogurilor, precursorilor, etnobotanicelor și analogii acestora sau medicamentelor; restricția nu se aplică în cazul în care Asiguratul nu poate fi făcut responsabil de neluarea la cunoștință a pericolului;

(11) dacă Asiguratul este condamnat la moarte și condamnarea se execută sau dacă Asiguratul este ucis;

(12) dacă Asiguratul se sinucide sau suferă un accident în urma tentativei de sinucidere;

(13) nu există protecție prin asigurare pentru consecințele, respectiv pentru agravarea consecințelor accidentului, dacă Asiguratul nu solicită imediat ajutor medical, nu urmează complet tratamentul, nu-și facilitează restabilirea și nu previne și diminuează, în măsura posibilităților, consecințele accidentului.

(14) care sunt rezultatul oricăror încălcări ale tehnicii de securitate.

Articolul 19: Limitările obiective ale protecției prin asigurare

(1) Indemnizația se plătește doar la urmările cauzate de un accident (vătămare corporală sau deces).

(2) Dacă în urma accidentului a fost afectată o funcție corporală sau mentală care fusese afectată înainte de accident, proporția invalidității stabilite se va diminua cu proporția invalidității precedente. Proporția invalidității precedente se va stabili conform articolului 20.

(3) Dacă urmările accidentului au fost influențate de boli sau infirmități anterioare accidentului, a căror proporție este de minimum 25%, indemnizația se diminuează corespunzător proporției bolilor sau infirmităților anterioare.

(4) În cazul tulburărilor sistemului nervos se plătesc indemnizații numai dacă, și în măsura în care, această tulburare este consecința unei vătămări produse prin accident. Tulburările psihice (nevroză și psihoză) nu sunt considerate urmări ale unui accident.

(5) Se plătesc indemnizații pentru herniile de disc numai dacă acestea au apărut prin acțiunea mecanică directă, din exterior, asupra coloanei vertebrale și nu este vorba de o înrăutățire a simptomelor existente înaintea accidentului sau apariția simptomelor din alt motiv.

(6) Se plătesc indemnizații pentru hernii abdominale și rupturi de orice fel în zona pelviană numai dacă acestea s-au produs prin acțiune mecanică directă din exterior, Asiguratul nefiind predispus la acest fel de îmbolnăviri.

Articolul 20: Invaliditate permanentă

(1) Dacă în decursul unui an începând de la ziua accidentului se constată că în urma accidentului a rezultat o invaliditate permanentă, Asiguratul va plăti procentele corespunzătoare din suma asigurată (indemnizație de asigurare). În cazul plății indemnizației în urma constatării invalidității permanente ca rezultat al accidentului se scad indemnizațiile deja achitate pentru trauma ce a dus la invaliditatea permanentă, obținută din cauza aceluiași accident.

(2) Invaliditatea permanentă se determină conform următoarelor prevederi:

(2.1) în cazul pierderii membrului, a organului sau în cazul pierderii totale a funcțiunii:

- unui braț..... 70%
- unei mâini 60%
- unui deget mare de la mână (police). 20%
- unui deget arătător 10%
- unui alt deget de la mână..... 5%
- unui picior 70%
- unui picior până la jumătatea gambei..... 50%
- unui deget mare de la picior..... 5%
- unui alt deget de la picior 2%
- pierderea totală și permanentă a vederii la ambii ochi..... 100%
- pierderea totală și permanentă a vederii la un ochi 35%
- pierderea totală și permanentă a vederii la un ochi în cazul în care puterea vizuală a celuilalt ochi s-a pierdut înaintea începutului asigurării 65%
- pierderea totală și permanentă a auzului la ambele urechi 60%
- pierderea totală și permanentă a auzului la una din urechi 15%

- pierderea totală și permanentă a auzului la una din urechi în cazul în care auzul celeilalte urechi s-a pierdut înaintea începutului asigurării 45%
- pierderea totală și permanentă a senzației olfactive 10%
- pierderea totală și permanentă a senzației gustative 5%

(2.2) În cazul pierderii totale sau parțiale a funcțiunii părților corpului sau organelor mai sus menționate se vor aplica reglementările punctului (2.1). În cazul reducerii parțiale a funcțiunii sau pierderii parțiale a brațelor sau picioarelor, procentajul se va aplica proporțional pentru întreaga extremitate.

(3) În cazul în care proporția invalidității nu poate fi stabilită conform punctului (2), se va lua în considerare afectarea corporală sau psihică în urma accidentului din punct de vedere medical.

(4) În cazul afectării mai multor membre sau organe, valorile procentuale rezultate de la punctele (2) și (3) se vor cumula. Gradul de invaliditate nu poate să fie niciodată mai mare de 100%.

(5) În decursul unui an de la accident se va determina proporția indemnizației pentru invaliditate permanentă, în funcție de tipul și proporția urmărilor accidentului, stabilite definitiv din punct de vedere medical.

(6) În cazul în care proporția invalidității permanente nu a fost stabilită definitiv din punct de vedere medical, atât Asiguratorul, cât și Asiguratul sunt îndreptățiți să dispună constatarea proporției invalidității anual, pe o perioadă de 4 ani de la ziua accidentului. După doi ani de la ziua accidentului, proporția invalidității permanente se stabilește și de comisia de medici. Dacă prin stabilirea unei proporții mai mari rezultă o despăgubire mai mare decât aceea pe care a plătit-o Asiguratorul, diferența de sumă se va plăti în decurs de o lună de la determinarea sumei definitive.

(7) Dacă Asiguratul decedează:

(7.1) din cauza accidentului, în timp de un an de la accident, nu poate fi revendicată o indemnizație pentru invaliditate permanentă;

(7.2) din altă cauză decât din cauza accidentului, în timp de un an de la accident, Asiguratorul va plăti indemnizația conform proporției invalidității permanente rezultate pe baza ultimelor examinări medicale;

(7.3) din cauza accidentului sau din altă cauză decât din cauza accidentului, la mai mult de un an de la accident, Asiguratorul va plăti indemnizația conform proporției invalidității permanente rezultate pe baza ultimelor examinări medicale.

Articolul 21: Cazul de deces

(1) Dacă decesul are loc în decurs de un an de la ziua accidentului ca urmare a acestuia, Asiguratorul va plăti suma asigurată pentru deces din accident.

(2) La plata sumei pentru cazul de deces din accident se scad numai indemnizațiile care au fost deja plătite pentru invaliditate permanentă și/sau trauma din cauza aceluiași accident.

Articolul 22: Trauma

(1) Trauma – dereglarea integrității anatomice și/sau fiziologice a funcțiilor Țesuturilor și organelor ca rezultat al unui accident, confirmată de medicul specialist conform criteriilor clinice și instrumentale specifice.

(2) În cazul traumei obținute în urma accidentului, Asiguratorul achită Asiguratului procentul corespunzător din suma de asigurare pentru traumă (indemnizația de asigurare).

(3) Pentru fiecare traumă, Asiguratorul va plăti un procentaj din suma asigurată, așa cum este prevăzut în Anexa „Tabelul de determinare a mărimii indemnizațiilor de asigurare pentru riscul „Trauma” valabilă la data apariției riscului asigurat.

(4) În cazul traumării mai multor părți ale corpului sau organelor, procentele corespunzătoare ce reies din punctele (2) și (3) se cumulează, iar mărimea indemnizației de asigurare nu poate depăși 100%.

Articolul 23: Indemnizația de spitalizare

(1) Se acordă indemnizație de spitalizare pentru fiecare zi calendaristică în care Asiguratul este internat într-un spital pentru a fi tratat în urma unui risc asigurat, cel mult însă pentru 180 de zile pe parcursul unui an de la data accidentului.

(2) Sunt considerate spitale Instituțiile Medico-Sanitare Publice și private și sanatoriile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, pentru bolnavii care se află sub conducere și supraveghere medicală permanentă și care nu se limitează la aplicarea unor anumite metode de tratament, precum și centrele de reabilitare ale asigurărilor sociale și spitalele instituțiilor.

(3) Nu sunt considerate spitale în sensul prezentelor condiții instituțiile private de reabilitare, instituțiile de tratament și îngrijire pentru bolnavii cu afecțiuni pulmonare, bolnavii cronici, centrele de odihnă și tratament, căminele de bătrâni și instituțiile de tratament și îngrijire pentru suferinzi de boli neuropsihice.

(4) Nu se plătește indemnizație zilnică dacă numărul zilelor de spitalizare sau al celor de incapacitate temporară de muncă este mai mic de 4 zile. Din ziua a 4-a se plătește indemnizația pentru toate zilele de spitalizare sau de incapacitate.

Articolul 24: Fracturi

În cazul fracturilor produse în urma unui accident, Asiguratorul va plăti o indemnizație unică stabilită în polița de asigurare, indiferent de numărul oaselor fracturate în urma accidentului. Asiguratorul plătește indemnizația unică pentru fracturi și în cazul în care în urma accidentului este afectat cartilajul din zona de creștere, astfel încât este necesar un tratament medical.

Articolul 25: Cheltuieli în caz de accident

(1) Se plătesc indemnizații pentru cheltuielile prilejuite de accident, apărute în termen de 2 ani de la data accidentului, în limita stabilită în polița de asigurare.

(2) Cheltuielile în caz de accident sunt:

(2.1) Cheltuieli de vindecare – sunt cheltuielile apărute pentru înlăturarea urmărilor accidentului, conform recomandării medicului și sub supravegherea acestuia. Printre acestea se numără și cheltuielile de transport pentru tratament inițial al Asiguratului ca urmare a producerii unui risc asigurat, precum și prima achiziționare a protezelor pentru membre și protezelor dentare, precum și alte prime achiziții necesare conform opiniei medicale. Nu se despăgubesc cheltuielile legate de recuperare și fizioterapie, transplantul de organe, tratamentul psihoterapeutic, repararea sau reachiziționarea unei proteze dentare, unei proteze pentru membre sau altor dispozitive artificiale.

(3) Cheltuieli de salvare – sunt cheltuielile apărute în cazul în care Asiguratul:

(3.1) a suferit un accident sau se află în pericol pe uscat sau în apă și trebuie salvat, fiind vătămat sau nevătămat;

(3.2) a decedat din cauza unui accident sau pericol pe apă sau pe uscat și trebuie recuperat.

Cheltuielile de salvare sunt cheltuielile dovedite, legate de căutarea Asiguratului și transportul efectuat de servicii de urgență de specialitate, până la cel mai apropiat spital, până la cel mai apropiat medic sau până la primul drum practicabil.

(4) Cheltuieli de transport sunt cheltuielile cu transportul determinat de accident și recomandat de medic pentru Asiguratul accidentat, în afara zonei sale de domiciliu, de la locul accidentului până la spitalul la care a fost adus Asiguratul după accident, respectiv la spitalul cel mai apropiat de domiciliul său. În cazul accidentului mortal se suportă și cheltuielile transportării decedatului la ultimul său domiciliu din Republica Moldova.

Articolul 26: Procedura în caz de divergențe de opinie (comisia medicală)

(1) Comisia medicilor va interveni în caz de neînțelegere între partenerii contractuali referitor la tipul și proporția urmărilor accidentului, la măsura în care leziunile sunt consecința riscului asigurat, la influența bolilor sau infirmităților asupra urmărilor accidentului, precum și în cazul articolului 20 - punctul (6).

(2) În caz de neînțelegere conform punctului (1) al acestui articol, Contractantul poate să conteste în decurs de 6 luni declarația Asiguratorului cu privire la recunoașterea sau respingerea obligației de plată a indemnizației și la valoarea acesteia, și să solicite decizia comisiei medicilor.

(3) Asiguratorul are de asemenea dreptul să solicite decizia comisiei medicilor.

(4) Pentru componența comisiei medicilor, atât Asiguratorul, cât și Contractantul trebuie să numească câte un medic din Republica Moldova, care să se regăsească pe o listă de medici aprobată de organul competent conform legislației în vigoare, în decurs de două săptămâni de la data primirii somației scrise. Ambii medici vor alege de comun acord un al treilea medic, președinte al comisiei. În situația în care cei doi medici nominalizați de Asigurator, respectiv de Contractantul asigurării, nu se vor putea pune de acord asupra unei decizii finale, președintele comisiei va lua decizia finală, pe baza observațiilor ambilor medici.

(5) Asiguratul este obligat să se supună examinării comisiei medicilor, să accepte și să se supună procedurilor pe care comisia medicilor le consideră necesare.

(6) Comisia medicilor trebuie să întocmească un proces-verbal comun, în care se justifică în scris decizia. În caz de neînțelegere, fiecare medic trebuie să-și menționeze separat punctul de vedere în procesul-verbal. Dacă este necesară decizia președintelui comisiei, atunci și acesta trebuie să își argumenteze decizia în procesul-verbal. Actele procedurii se vor păstra la Asigurător.

(7) Cheltuielile comisiei medicilor vor fi stabilite de comisia medicilor și vor fi suportate de Asigurător și Contractant, în funcție de rezultatul reevaluării. În cazul aplicării articolului 20 punctul (6), cheltuielile vor fi suportate de partenerul contractual care a cerut reevaluarea. Procentajul cheltuielilor suportate de către Contractant este limitat la 1% din suma asigurată în caz de deces și invaliditate, însă cel mai mult la 25% din suma care se află în discuție.

(8) Pe durata procedurii comisiei medicilor nu se plătesc din principiu indemnizații de asigurare, acestea neputând fi revendicate nici în instanță.

Articolul 27: Schimbarea profesiei sau a ocupației Asiguratului

(1) Schimbarea profesiei sau a ocupației Asiguratului față de cele declarate în cererea de asigurare, respectiv în contractul de asigurare la încheierea asigurării, trebuie să fie comunicate Asigurătorului în decurs de o săptămână. Recrutarea în serviciul militar normal, precum și exercițiile militare pe termen scurt nu sunt considerate ca schimbare a profesiei sau a ocupației.

(2) În cazul în care, conform tarifului de asigurare al Asigurătorului, ca urmare a schimbării profesiei sau ocupației Asiguratului, rezultă o primă de asigurare mai mică decât cea inițială, atunci se va plăti de la data acceptării declarației Asiguratului, prima de asigurare micșorată.

(3) Dacă în urma schimbării profesiei sau ocupației Asiguratului, rezultă o primă de asigurare mai mare, se acordă protecție completă prin asigurare și pentru profesia sau ocupația nouă a Asiguratului timp de 3 luni de la data la care declarația Asiguratului ar trebui să ajungă la Asigurător. Dacă după aceste 3 luni se produce un risc asigurat ca urmare a practicării noii profesii sau ocupații a Asiguratului, fără să se fi stabilit între timp, de comun acord între partenerii contractuali, o primă de asigurare mai mare, obligația de plată a Asigurătorului se va stabili pornind de la prima de asigurare inițială pe baza căreia, conform tarifului de asigurare corespunzător noii profesii sau ocupații a Asiguratului, se va stabili o nouă sumă asigurată modificată.

(4) În cazul în care, conform tarifului de asigurare al Asigurătorului, nu se poate încheia o asigurare în caz de accident pentru profesia sau ocupația nouă a Asiguratului, Contractul de asigurare încetează la data schimbării și Asigurătorul este absolvit de plată oricăror indemnizații pentru evenimentele viitoare.

Articolul 28: Reglementări pentru plata indemnizației

Beneficiarul care solicită indemnizația de asigurare are următoarele obligații:

(1) Asigurătorul trebuie să fie înștiințat imediat cu privire la accident, în maximum zece zile de la producerea acestuia.

(2) Decesul Asiguratului trebuie să fie comunicat în scris Asigurătorului în decurs de 24 ore, obligație valabilă și dacă accidentul a fost deja anunțat. Dacă Asigurătorul nu poate fi înștiințat în scris în decurs de 24 ore, anunțul se poate face și prin telex, fax, e-mail sau telefonic.

(3) Asigurătorul are dreptul să solicite examinarea, autopsia, iar dacă este necesar chiar și exhumarea victimei.

(4) După primirea formularului pentru anunțarea accidentului de la Asigurător, acesta va fi completat și trimis fără întârziere Asigurătorului; în plus, vor fi furnizate Asigurătorului toate informațiile complete și conforme cu realitatea, solicitate de acesta.

În scopul examinării cererii, Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarul sunt obligați să prezinte Asigurătorului următoarele acte, după caz:

1. cererea Asiguratului accidentat, care să conțină circumstanțele accidentului/formularul stabilit de Asigurător;
2. certificatul de adresare primară la instituția medicală, în original, care să conțină semnătura și parafa medicului și a instituției medicale;
3. în caz de tratament staționar, copia extrasului medical confirmată cu parafa medicului și a instituției medicale, în unele cazuri copia fișei medicale din staționar, confirmată cu parafa medicului și a instituției medicale;
4. în caz de tratament ambulator, extras medical în original, în unele cazuri copia fișei medicale confirmată cu parafa medicului și a instituției medicale;
5. radiografiile în original în caz de fracturi sau alte leziuni confirmate radiografic și/sau rezultatele altor investigații efectuate în caz de necesitate;
6. copii ale certificatelor de concediu medical;

7. copia poliței de asigurare și contractului;
8. procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă, în caz de accident la locul de muncă;
9. în caz de accident rutier copia procesului-verbal întocmit de poliție;
10. în caz de deces a Asiguratului în urma unui accident copia autenticată notarial a certificatului de deces, copia autenticată notarial a certificatului medical constatator al decesului, Raportul de examinare medico-legal și rezultatul expertizei medico-legale pentru determinarea nivelului de alcool în sânge;
11. copia actului de identitate a Asiguratului accidentat și în caz de necesitate ale Beneficiarilor;
12. din partea Asiguraților minori cerere de la reprezentantul legal sau tutorele și copia documentului care atestă acest fapt;
13. datele bancare ale Beneficiarului;
14. alte acte în original sau copii, în caz de necesitate.

(5) Să împuternicească Asigurătorul și să contribuie în scopul obținerii de la medicul curant sau spitalul la care se tratează Asiguratul, precum și de la medicii sau spitalele la care Asiguratul este sau a fost tratat sau consultat din alte cauze, informațiile solicitate și rapoartele medicale. Dacă accidentul este anunțat altor asigurători sau instituții, Asigurătorul va fi de asemenea îndreptățit în sensul mai sus amintit.

(6) Să împuternicească Asigurătorul și să contribuie în scopul obținerii de la autoritățile care se ocupă de accident toate informațiile solicitate de acesta.

(7) Asigurătorul este îndreptățit să solicite Asiguratului să se supună unei noi examinări medicale efectuate de medici numiți de Asigurător.

(8) În cazul în care există și o altă asigurare pentru cheltuieli în caz de accident, Asigurătorului îi vor fi transmise documentele originale. Dacă pentru același Asigurat sunt încheiate mai multe contracte de asigurare, Asigurătorul este obligat să plătească doar partea din prejudiciu prilejuit de survenirea cazului asigurat, egală cu raportul dintre răspunderea stabilită de contract și valoarea totală a răspunderii stabilite prin toate contractele, fără ca Asiguratul să poată încasa un prejudiciu prilejuit de survenirea cazului asigurat mai mare decât prejudiciul efectiv prilejuit de survenirea cazului asigurat, consecință directă a riscului. Asiguratul are obligația să declare existența unor alte asigurări pentru aceleași riscuri prilejuite de survenirea cazului asigurat la diferiți Asigurători, atât la încheierea contractului de asigurare, cât și pe parcursul executării lui.

(9) În cazul unui accident rutier, Asiguratul este obligat în calitate de șofer al unui autovehicul, să solicite testarea alcoolemiei conform prevederilor legale în vigoare.

Asigurătorul este absolvit total sau parțial de plata indemnizației dacă obligațiile stipulate la punctele 1-9 vor fi încălcate, iar din această cauză nu se pot clarifica circumstanțele esențiale ale accidentului.

Articolul 29: Reglementări speciale pentru plata indemnizației

(1) Beneficiarul asigurării își pierde dreptul la indemnizație dacă produce intenționat accidentul Asiguratului.

(2) Asigurătorul este absolvit de plată dacă Asiguratul produce accidentul intenționat.

Articolul 30: Reglementări finale

Dacă este necesar, în funcție de scopul și caracterul asigurării, se pot include în contractul de asigurare prevederi diferite de cele din prezentele condiții generale de asigurare.

**CONDIȚII SPECIALE PENTRU ASIGURAREA DE
ACCIDENTE COLECTIVĂ (CSAAC) (2020)
CA "GRAWÉ CARAT ASIGURĂRI" S.A.
În vigoare din 21.08.2020**

Condițiile generale pentru asigurările de accidente ale CA "GRAWÉ CARAT Asigurări" SA (CGAA) se aplică în măsura în care prezentele condiții speciale nu există reglementări speciale.

Articolul 1. Forme de asigurare

În funcție de forma de asigurare stabilită, contractul de asigurare se consideră încheiat ca asigurare colectivă de accident:

- nenominală (fără menționarea numelui Asiguratului) sau
- nominală (cu menționarea numelui Asiguratului)

Articolul 2. Prevederi comune

(1) **Sumele asigurate** se stabilesc conform asigurării de sume fixe.

(2) **Protecția prin asigurare pentru pasagerii din avion**

Dacă mai mulți Asigurați prin prezentul contract de asigurare sunt simultan pasageri în același avion, pentru pasagerul în avion (Articolul 16 (3) CGAA), limita maximă a sumei indemnizațiilor de asigurare este 5.000.000,00 MDL- sau echivalentul acestei sume în EUR/USD.

Dacă suma revendicărilor contractuale individuale ale acestor Asigurați depășește limita de 5.000.000,00MDL, indemnizația pentru fiecare Asigurat se reduce în raport cu suma revendicărilor contractuale individuale față de suma-limită de 5.000.000,00 MDL sau echivalent acestei sume în EUR/USD.

(3) **Încetarea protecției prin asigurare**

În cazul în care contractul de muncă al unui Asigurat încetează sau asiguratul iese din categoria persoanelor asigurate, protecția prin asigurare încetează pentru acel asigurat, contractul colectiv de asigurare rămânând valabil.

Articolul 3. Asigurare colectivă de accidente nenominală

(1) **Asigurații**

Sunt asigurate, în măsura în care nu cad sub incidența articolului 17 CGAA, toate persoanele care aparțin unui grup bine definit. Gruparea Asiguraților trebuie făcută astfel încât, în caz de accident, să nu existe nici un dubiu referitor la apartenența persoanei la categoria persoanelor asigurate.

(2) **Prima de asigurare**

(2.1) Calculul primelor se efectuează, luându-se în considerare un nivel în conformitate cu clasele de risc.

După derularea fiecărei perioade de asigurare, Contractantul va indica activitățile desfășurate de Asigurați pentru încadrarea tarifară și va dovedi conformitatea acestora în termen de o săptămână de la primirea solicitării Asiguratorului în acest sens.

Asiguratorul întocmește, după primirea datelor de la Contractant, calculul definitiv; suma în plus sau în minus este scadentă la două săptămâni de la primirea calculului.

(2.2) În cazul în care Contractantul nu a furnizat datele la timp, Asiguratorul poate opta fie pentru solicitarea furnizării datelor, fie să pretindă o primă suplimentară. Dacă datele nefurnizate se referă la prima anuală inițială sau la prima aferentă unei durate mai mici de un an, această primă suplimentară constă într-o sumă egală cu prima inițială plătită, în caz contrar constă într-o sumă egală cu prima pentru anul de asigurare precedent.

(3) **Dreptul de verificare al Asiguratorului**

Asiguratorul își rezervă dreptul de a verifica datele comunicate de Contractant. În acest sens, Contractantul trebuie să prezinte toate documentele semnificative și să declare toți factorii cunoscuți lor sau care ar trebui să îi cunoască, relevanți pentru preluarea riscului.

Articolul 4. Asigurare colectivă de accidente nominală

(1) **Asigurații**

Sunt asigurate, în măsura în care nu cad sub incidența articolului 17 CGAA, toate persoanele care sunt comunicate Asiguratorului cu nume, prenume, data nașterii, profesie și adresă, precum și cu sumele asigurate solicitate.

(2) **Includerea și excluderea Asiguraților**

Pentru persoanele care urmează a fi incluse în contractul de asigurare, asigurarea intră în vigoare odată cu acordarea de către Asigurator a protecției prin asigurare.

Persoanele care urmează a fi excluse din contractul de asigurare trebuie comunicate Asiguratorului.

Tabelul de determinare a mărimii indemnizațiilor de asigurare pentru riscul „Trauma”

Nr. d/o	Caracterul leziunii	Cuantumul indemnizației în % din suma asigurată
I	OASELE CRANIENE, SISTEMUL NERVOS	
1.	Fractură a oaselor craniene: a) fractură a lamei externe a osului (oaselor) bolții craniene, dehiscența suturii; b) fractură, fisură a bolții craniene, fără hematoame epi-, subdurale; c) fractură a bazei craniului; d) fractură a bolții și bazei craniului.	5 15 20 25
2.	Hematoame traumatiche intracraniene: a) epidural; b) subdural, intracerebral; c) epidural și subdural (intracerebral).	10 15 20
3.	Leziuni cerebrale: a) comotie cerebrală la persoanele cu vîrsta de 16 ani și mai mult în cazul termenului de tratament între 6 și 9 zile inclusiv; b) comotie cerebrală la persoanele cu vîrsta de 16 ani și mai mult în cazul termenului de tratament de 10 zile și mai mult, la copiii cu vîrsta de pînă la 16 ani – 6 zile și mai mult; c) contuzie cerebrală, hemoragie subarahnoidiană; d) corpuri străine neînlăturate din cavitatea craniană (cu excepția materialului de sutură și plastie); e) zdrobirea substanței cerebrale (fără specificarea simptomatologiei).	3 5 10 15 50
	Note: 1. În cazul în care s-a efectuat intervenție chirurgicală în legătură cu traumatism cranio-cerebral la nivelul oaselor craniului, creierului și meningelor, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată. 2. În cazul în care în rezultatul unui traumatism, apar leziuni enumerate într-un articol, indemnizația se plătește conform subpunctului care indică cea mai gravă leziune. În cazul leziunilor din articole diferite, indemnizația se plătește, luîndu-se în considerare fiecare din ele, prin sumare.	
4.	Leziune a sistemului nervos (traumatică, toxică, hipoxică), care a provocat: a) sindrom astenic, distonie, encefalopatie la copii mai mici cu vîrsta de pînă la 16 ani; b) arahnoidită, encefalită, arahnioencefalită.	5 10
	Note: 1. Indemnizația pentru consecințele traumatismului sistemului nervos, indicate în art. 4, se plătește pentru unul din subpuncte, care indică cele mai grave consecințe ale traumatismului, în cazul dacă sunt constatate de către o instituție medicală nu mai devreme de 3 luni de la data traumatismului și sunt confirmate printr-un certificat medical a acestei instituții medicale. În acest caz, se plătește o sumă suplimentară la indemnizația plătită în legătură cu riscul asigurat, care a provocat leziunea sistemului nervos. Suma totală a plăților nu poate depăși 100%. 2. În cazul în care asiguratul prezintă certificate medicale, care confirmă tratamentul în legătură cu traumatismul și complicațiile lui, indemnizația se plătește conform art. 1, 2, 3, 5, 6 și art. 4 prin sumare. 3. În cazul diminuării acuității vizuale sau hipoacuziei în rezultatul unui traumatism cranio-cerebral (cu excepția comotiei cerebrale), indemnizația se plătește, luîndu-se în considerare acest traumatism și complicațiile indicate conform articolelor corespunzătoare ale „Tabelului”, prin sumare.	
5.	Leziune periferică a nervilor craniocerebrali: a) a unui nerv; b) a doi nervi și mai mult.	5 10
	Notă: Dacă leziunea nervilor craniocerebrali s-a produs în cazul fracturării bazei craniului, indemnizația se plătește conform art. 1; art. 5 în acest caz nu se aplică.	

6.	Leziune a măduvei spinării la orice nivel, a cauda equina, poliomielită, fără indicarea simptomelor: a) comoție; b) contuzie; c) compresiune, hematomielie, poliomielită; d) ruptură parțială.	5 10 30 30
	Note: 1. În cazul în care indemnizația a fost plătită conform art. 6 (a, b, c, d), iar ulterior au apărut complicațiile, enumerate în art. 4, se plătește o sumă suplimentară la indemnizația achitată anterior. 2. În cazul în care a fost efectuată intervenție chirurgicală în legătură cu traumatism a coloanei vertebrale și măduvei spinării, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată.	
7.	Neurite traumatice (leziune a nervului, neurite, neuralgii, neuropatii, ruptură parțială a nervului) la un membru (cu excepția neuritelor nervilor digitali).	3
8.	Leziune (ruptură, plagă) a plexului cervical, brahial, lombar, sacral: a) plexită traumatică; b) ruptură parțială a plexului; c) întreruperea plexului.	10 30 40
	Note: 1. Articolele 7 și 8 nu se aplică concomitent, dacă leziunile au fost constatate pe aceeași parte. 2. Neuralgiile, neuropatiile, apărute după traumatism nu servesc drept temei pentru plata indemnizației.	
9.	Întreruperea nervilor: a) ramurilor nervului radial, cubital, median (nervilor digitali) a mîinii propriu zise; b) unui nerv: radial, cubital sau median la nivelul articulației radiocarpene și antebrațului; nervului fibular și tibial; c) a doi nervi și mai mult: radial, cubital sau median la nivelul articulației radiocarpene și antebrațului; nervului fibular și tibial; d) unui nerv: axilar, radial, cubital sau median la nivelul articulației cotului și umărului, sciatic sau femural; e) a doi nervi și mai mult: axilar, radial, cubital sau median la nivelul articulației cotului și umărului, sciatic sau femural.	5 10 20 30 40
	Notă: Leziunea nervilor la nivelul labei piciorului, degetelor labei piciorului și mîinii propriu zise nu poate servi drept temei pentru plata indemnizației.	
II	ORGANELE VĂZULUI	
10.	Paralizia acomodăției unui ochi.	15
11.	Hemianopsia (pierdere a vederii unei jumătăți a campului vizual al unui ochi), leziunea mușchilor globului ocular (strabism traumatic, ptoză, diplopie).	15
12.	Îngustare a câmpului vizual al unui ochi: a) neconcentrică; b) concentrică.	5 10
13.	Exoftalmie pulsatilă al unui ochi.	20
14.	Leziune a ochiului, care a provocat scăderea acuității vizuale: a) plagă nepenetrantă a globului ocular, hifemă, contuzia ochiului, eroziune posttraumatică a corneei; b) plagă penetrantă a globului ocular, hemoftalm, arsuri de gradul II, III, cicatrice ale tunicelor globului ocular și ale pleoapelor (partea internă).	3 5

	Note: 1. Arsurile ochiului fără indicarea gradului, precum și arsurile de gradul I, care n-au provocat modificări patologice, nu servesc drept temei pentru plata indemnizației. 2. În cazul în care leziunile enumerate în art. 14 vor implica o scădere a acuității vizuale, indemnizația se va plăti în conformitate cu art. 20. Art. 14 în acest caz nu se aplică. Dacă în legătură cu leziunea globului ocular s-a plătit o indemnizație conform art. 14, iar ulterior trauma s-a complicat prin scăderea acuității vizuale și acest fapt poate servi drept temei pentru plata unei indemnizații cu o valoare mai mare, indemnizația plătită anterior se deduce. 3. Corpii străini superficiali de pe tunicile oculare, contuzia globului ocular care nu au ca consecință scăderea acuității vizuale, nu pot servi drept temei pentru plata indemnizației. 4. În cazul în care a fost efectuată intervenție chirurgicală în legătură cu plagă penetrantă a ochiului, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată.	
15.	Leziune a căilor lacrimale ale unui ochi: a) care n-a implicat dereglarea funcțiilor căilor lacrimale; b) care a implicat dereglarea funcțiilor căilor lacrimale.	3 15
16.	Consecințele traumatismului ochiului: a) conjunctivită, cheratită, iridociclită, corioretinită; b) defect al irisului, deplasarea cristalinului (cu excepția celui artificial), modificarea formei pupilei, trichiază (creștere incorectă a genelor), entropion, corpi străini neînlăturați din globul ocular și țesuturile orbitei, cicatrice ale tunicelor globului ocular și ale pleoapelor (cu excepția pielii).	5 10
	Note: 1. Dacă în rezultatul unui traumatism vor surveni câteva modificări patologice, enumerate în art. 16, indemnizația se va plăti, luându-se în considerație cea mai gravă consecință. 2. Dacă medicul oftalmolog în termen de cel devreme de 3 luni după traumatismul ochiului va constata prezența unor modificări patologice, enumerate în art. 10, 11, 12, 13, 15 ("b"), 16, și o scădere a acuității vizuale, indemnizația se va plăti, luându-se în considerație toate consecințele, prin sumare, dar nu mai mult de 50% pentru un ochi.	
17.	Enucleația globului ocular ca consecință a traumatismului (atât a ochiului ce posedă vedere pînă la traumă, cât și celui nevăzător).	10
18.	Fractura orbitei.	10

19. Leziune a ochiului, care a provocat scăderea acuității vizuale (vezi Tabelul de mai jos):											
	Acuitatea vizuală										
până la traumă	după traumă										
	0,00	m. p. 0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
1,00	45	35	27	24	21	18	15	12	9	6	4
0,9	42	32	24	21	18	15	12	9	6	4	
0,8	39	29	21	18	15	12	9	6	4		
0,7	36	26	18	15	12	9	6	4			
0,6	33	23	15	12	9	6	4				
0,5	30	20	12	9	6	4					
0,4	27	17	9	6	4						
0,3	24	14	6	4							
0,2	21	11	4								
0,1	14	4									
mai puțin de 0,1	10										

	Notă: 1. Decizia privind plata indemnizației în legătură cu scăderea acuității vizuale și alte consecințe în rezultatul unui traumatism, se ia după încheierea tratamentului, dar nu mai devreme de 3 luni de la data accidentării. La expirarea termenului de 3 luni, asiguratul este trimis la medicul oftalmolog pentru a i se determina acuitatea vizuală a ambilor ochi (fără a ține cont de corecție) și alte consecințe ale traumatismului. În aceste cazuri, indemnizația poate fi plătită anticipat, luându-se în considerație faptul survenirii traumei, conform art. 14, 15 ("a"), 18. 2. Dacă lipsesc datele de pînă la traumatism privind acuitatea vizuală a ochiului lezat, atunci se consideră în mod convențional că a fost aceeași ca și a celui nelezat. Dacă, însă, acuitatea vizuală a ochiului neafectat se va dovedi a fi mai mică decît a celui lezat, se va considera convențional că acuitatea vizuală a ochiului lezat a fost egală cu 1,0. 3. Dacă, în rezultatul traumei, au fost lezați ambii ochi și datele despre vederea lor pînă la traumatism lipsesc, atunci se va considera convențional, că acuitatea vizuală a acestora constituia 1,0. 4. Dacă, în legătură cu scăderea posttraumatică a acuității vizuale, a fost implantat un cristalin artificial sau a fost aplicată o lentilă de corecție, indemnizația se plătește, luîndu-se în considerație acuitatea vizuală de pînă la intervenție. 5. Cu cecitate totală (0,00) se egalează acuitatea vizuală mai mică de 0,01 și pînă la senzație luminoasă (numărarea degetelor lîngă față).	
III	ORGANELE AUZULUI	
20.	Leziune a pavilionului urechii, care a implicat: a) fractura cartilajului; b) lipsa pînă la 1/3 a pavilionului urechii; c) lipsa a 1/3-1/2 a pavilionului urechii; d) lipsa a peste 1/2 a pavilionului urechii.	3 5 10 30
	Notă: Dacă în legătură cu leziunea pavilionului urechii se plătește o indemnizație conform art. 20, atunci art. 57 nu se aplică.	

21.	Leziune a unei urechi, care a provocat hipoacuzie: a) acuitatea auditivă (vorbierea în șoaptă de la 1 pînă la 2 m); b) acuitatea auditivă (vorbierea în șoaptă – la mai puțin de 1 m).	6 15
	Notă: Decizia privind plata indemnizației în legătură cu scăderea auzului, în rezultatul traumatismului, se ia după tratamentul final, dar nu mai devreme de 3 luni de la data suportării traumatismului. La expirarea acestui termen asiguratul este trimis la medicul-surdolog pentru determinarea consecințelor traumatismului. În aceste cazuri poate fi plătită o indemnizație ținând cont de vătămarea conform articolului 22 (dacă există motive).	
22.	Ruperea unui timpan, suportată în rezultatul traumei, fără a implica hipoacuzie.	3
	Notă: 1. Dacă, în rezultatul traumei, s-a produs ruperea timpanului și a survenit hipoacuzie, indemnizația se determină conform art. 21. Art. 22 în acest caz nu se aplică. 2. Dacă ruperea timpanului s-a produs în rezultatul fracturării bazei craniului (fosei mijlocii a craniului), art. 22 nu se aplică.	
23.	Leziune a unei urechi, care a provocat otită cronică posttraumatică: a) purulentă acută; b) cronică.	3 5
	Notă: Indemnizația conform art. 23 se plătește suplimentar în cazul cînd complicația traumei a fost stabilită de medicul-otolaringolog la expirarea a trei luni după traumă. Mai devreme de acest termen indemnizația se plătește, luîndu-se în considerație faptul producerii traumei, conform articolului corespunzător.	
IV	APARATUL RESPIRATOR	
24.	Leziunea nasului: a) luxație a oaselor nasului, fractura cartilajului; b) fractura oaselor nasului, fractura peretelui anterior al sinusului frontal, maxilar, osului etmoid.	3 5
	Notă: Dacă în legătură cu fractura, luxația oaselor, cartilajului nasului va surveni deformarea lui, fapt confirmat printr-un certificat al unei instituții medicale, plata indemnizației se efectuează conform art. 24 și 57 (dacă există temei pentru aplicarea acestui articol), prin sumare.	
25.	Leziune (contuzie) a plămînilui, emfizem subcutanat, hemotorax, pneumotorax, pleurezie exsudativă, pneumonie posttraumatică, corp străin în cavitatea toracică: a) unilaterală; b) bilaterală.	5 10
	Notă: 1. Pneumonia apărută în perioada tratării traumei sau după intervenție chirurgicală, efectuată în legătură cu trauma (cu excepția leziunii toracelui și organelor cavității toracice), nu servește drept temei pentru plata indemnizației. 2. Dacă fracturile coastelor, sternului au provocat complicațiile prevăzute în art. 25, indemnizația se plătește suplimentar la art. 27, 28.	
26.	Leziunea cutiei toracice și a organelor ei, care a provocat: a) insuficiență pulmonară (la expirarea a 3 luni de la data producerii traumei); b) rezecția unui lob pulmonar, a unei părți a plămînilui; c) rezecția unui plămîn.	10 30 40
	Notă: În cazul achitării indemnizației conform art. 26 (b, c), art. 26 (a) nu se aplică.	
27.	Fractura sternului fără leziunea organelor mediastinale	10
28.	Fractura unei coaste sau în zona cartilaginoasă a coastei (arcului costal)	3
	Fractura fiecărei următoare coaste (pentru fiecare coastă)	1
	Contuzia cutiei toracice	3
	Notă: 1. În cazul fracturării coastelor în timpul resuscitării, indemnizația nu se plătește: 2. În cazul prezentării cîtorva certificate din instituții curative cu diferite date privind numărul de coaste lezate, se ia drept temei certificatul din staționar sau ultima instituție curativă, unde s-a efectuat tratamentul în legătură cu traumatismul, ori decizia se adoptă în rezultatul examinării radiogramei.	

29.	Plagă penetrantă a cutiei toracice, toracoscopie, toracocenteză, toracotomie, efectuate în legătură cu trauma: a) toracoscopie, toracocenteză, plagă penetrantă fără leziunea organelor cavității toracice; b) toracotomie fără leziuni ale organelor cavității toracice; c) toracotomie cu leziunea organelor cavității toracice.	5 10 15
	Notă: 1. Dacă, în legătură cu leziunea cutiei toracice și a organelor ei, s-a efectuat rezecția plămînilor sau a unui lob a acestuia, indemnizația se plătește în conformitate cu art. 26; art. 29 în acest caz nu se aplică (în cazul leziunii unilaterale); art. 29 și art. 26 nu se aplică concomitent. 2. În cazul dacă în legătură cu traumatismul cutiei toracice s-a efectuat drenaj, toracoscopie, toracocenteză, indemnizația se plătește o singură dată, luîndu-se în considerație cea mai complicată intervenție.	
30.	Leziuni ale laringelui, traheii, cartilajului tiroid, fractura osului hioid, combustie a organelor respiratorii superioare, care n-au implicat dereglarea funcției acestora.	5
	Notă: În cazul în care în legătură cu trauma s-au efectuat bronhoscopie, traheostomie (traheotomie), se plătește suplimentar 5% din suma asigurată.	
31.	Leziune a laringelui, traheii, osului hioid, cartilajului tiroid, traheostomie, efectuată în legătură cu trauma, care au provocat: a) disfonie sau afonie, purtarea tubului traheostomic pe parcursul a cel puțin 3 luni după traumă; b) afonie, purtarea tubului traheostomic pe parcursul a cel puțin 6 luni după traumă.	10 15
	Notă: Indemnizația conform art. 31 se plătește suplimentar la indemnizația, plătită în legătură cu trauma conform art. 30. În cazul în care asiguratul indică în cererea sa că trauma a implicat dereglarea funcției laringelui sau traheii, este necesar să se obțină decizia medicului la expirarea a 3 luni după traumă. Înainte de acest termen, indemnizația se plătește conform art. 30.	
V	SISTEMUL CARDIOVASCULAR	
32.	Leziune a cordului, a membranelor lui, vaselor magistrale mari, fără implicarea insuficienței cardiovasculare.	10
33.	Leziune a cordului, a tunicelor lui, vaselor magistrale mari, cu implicarea insuficienței cardiovasculare: a) de gradul I sau fără indicarea gradului; b) de gradul II-III	15 25
34.	Leziune a vaselor periferice mari (fără implicarea dereglării circulației sangvine) la nivelul: a) umărului, femurului; b) antebrațului, gambei.	10 5
35.	Leziune a vaselor periferice mari cu implicarea insuficienței circulatorii.	15
	Notă: 1. La vasele magistrale mari se vor referi: aorta, artera pulmonară, trunchiul brahiocefalic, arterele carotide, venele jugulare interne, vena cavă superioară și inferioară, vena portă, precum și vasele magistrale, care asigură circulația sangvină a organelor interne. La vasele periferice mari se vor referi: arterele subclaviculare, axilare, brahiale, cubitale și radiale, arterele iliace, femurale, poplitee, arterele tibiale anterioare și posterioare, venele brahiocefalice, subclaviculare, axilare, femurale și poplitee. 2. În cazul în care asiguratul a indicat în cererea sa că trauma a implicat dereglarea funcției sistemului cardiovascular, este necesar să se obțină decizia medicului. 3. Intemnizația conform art. 33, 35 se plătește suplimentar, dacă complicațiile traumei, indicate în aceste articole, vor fi stabilite de către o instituție medicală la expirarea a 3 luni după traumă și vor fi confirmate printr-un certificat al acestei instituții. Mai devreme de acest termen plata se efectuează conform art. 32, 34. 4. Dacă în legătură cu leziunea vaselor mari s-au efectuat intervenții cu scopul restabilirii patului vascular, se plătește suplimentar 5% din suma asigurată.	
VI	APARATUL DIGESTIV	
36.	Fractura maxilarului superior, osului malar(zigomatic), mandibulei, luxația	

	maxilarelor: a) fractura unui os, inclusiv fractură izolată a apofizei alveolare, luxația maxilarelor; b) fractura a două sau mai multe oase sau fractură dublă a unui os, fractură-luxație.	5 10
	Notă: 1. În cazul fracturii maxilarelor, survenite accidental în procesul manipulațiilor stomatologice, efectuării anesteziei, indemnizația nu se plătește. 2. Fractura apofizei alveolare, survenită în cazul pierderii dinților, nu servește drept temei pentru plata indemnizației. 3. În cazul în care în legătură cu traumatismul maxilarelor, oaselor maxilare s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată.	
37.	Luxație habituală a maxilarelor.	10
	Notă: În cazul luxației habituale a maxilarelor indemnizația se plătește suplimentar la indemnizația plătită conform art. 36, dacă această complicație a survenit în rezultatul traumei suportate în perioada asigurării sau pe parcursul unui an după aceasta. În cazul recidivei luxației habituale a maxilarelor indemnizația nu se plătește.	
38	Leziunea maxilarului și mandibulei, care a provocat lipsa: a) unei părți a apofizei alveolare; b) unei părți a maxilarului sau mandibulei (cu excepția apofizei alveolare).	10 30
	Notă: 1. La determinarea valorii indemnizației în legătură cu lipsa unei părți a maxilarului sau mandibulei se ia în considerație de asemenea pierderea dinților, indiferent de numărul lor. 2. În cazurile în care traumatismul maxilarului sau mandibulei a fost asociată cu leziunea altor organe ale cavității bucale, cota indemnizației care urmează a fi plătită se determină, luându-se în considerație aceste leziuni, conform articolelor corespunzătoare, prin sumare. În cazul achitării indemnizației conform art. 38, plata suplimentară a indemnizației pentru intervenții chirurgicale nu se efectuează.	
39.	Leziunea limbii, cavității bucale (plagă, combustie, degerătură), care a provocat formarea cicatricelor (indiferent de mărimea lor)	5
40.	Leziunea limbii, care a implicat: a) lipsa vârfului limbii; b) lipsa treimii distale a limbii; c) lipsa limbii la nivelul treimii mediane.	10 15 30
41.	Leziunea dinților, care a implicat: a) ruperea coroanei dintelui, fractura dintelui (coroanei, coletului, rădăcinii), luxația dintelui; b) pierderea fiecărui dinte.	1 2
	Notă: 1. În cazul fracturării sau pierderii, în rezultatul traumatismului, a dinților cu proteze fixe, indemnizația se plătește, luându-se în considerație doar pierderea dinților-pivot. În cazul leziunii, în rezultatul traumatismului, a protezelor mobile sau fracturării, luxației dintelui(ților) modificat(ți) patologic, adică afectat(ți) de maladii de etiologie carioasă (carie, pulpită, periodontită) sau necarioasă (hipoplazia smalțului, fluoroză), inclusiv a dintelui plombat, indemnizația nu se plătește. Dacă, însă, dinții modificați patologic se aflau pe linia fracturii maxilarului sau mandibulei și au fost extirpați în legătură cu această fractură, atunci pentru pierderea lor plata indemnizației se efectuează în bază generală. 2. În cazul pierderii sau fracturării dinților de lapte la copiii de până la 5 ani, indemnizația se plătește în bază generală. 3. În cazul pierderii dinților sau fracturării maxilarului sau mandibulei, mărimea indemnizației plătibile se determină conform art. 36 și art. 41, prin sumare. 4. Dacă în legătură cu trauma dintelui s-a plătit o indemnizație conform art. 41 ("a"), iar ulterior acest dinte a fost extirpat, indemnizația plătită anterior se deduce. 5. Dacă dintele extirpat în legătură cu trauma va fi implantat, indemnizația se plătește în bază generală conform art. 41. În cazul extirpării ulterioare a acestui dinte, plata suplimentară nu se efectuează.	
42.	Leziune (plagă, ruptură, combustie) a laringelui, esofagului, stomacului, intestinelor, precum și esofagogastroscoapie, efectuată în legătură cu aceste leziuni sau cu scopul înlăturării corpurilor străini din esofag, stomac, fără implicarea unor dereglări funcționale. Pierderea gâtului.	5
43.	Leziune (plagă, ruptură, combustie) a esofagului, care a provocat: a) stenoza esofagului;	40

	b) ocluzie a esofagului (în prezența gastrostomei), precum și stare după esofagoplastie.	100
	Notă: Cota indemnizației plătită conform art. 43, se determină peste 6 luni de la data traumei, nu mai devreme. Mai devreme de acest termen indemnizația se plătește anticipat, conform art. 42, această cotă fiind dedusă la luarea deciziei finale.	
44.	Leziune (ruptură, combustie, plagă) a organelor digestive, intoxicație nealimentară acută accidentală, care a provocat: a) colecistită, duodenită, gastrită, pancreatită, enterită, colită, proctită, paraproctită; b) stenoză cicatricială (deformarea) stomacului, intestinelor, anusului; c) boală aderențială, stare după operație în legătură cu ocluzie aderențială; d) fistulă intestinală, fistulă enterovaginală, fistulă a pancreasului; e) anus artificial (colostomă).	5 10 20 40 100
	Notă: 1. În cazul complicațiilor apărute în urma traumei, prevăzute în subpunctele "a", "b", "c", indemnizația se plătește numai dacă aceste complicații persistă la expirarea a 3 luni după traumă, iar cele prevăzute în subpunctele "d" și "e" – la expirarea a 6 luni după traumă. Aceste complicații ale traumei sunt recunoscute numai dacă sunt confirmate printr-un certificat al unei instituții medicale. Mai devreme de aceste termene, indemnizația se plătește conform art. 42 și această cotă nu se deduce atunci când se ia decizia finală. 2. Dacă în rezultatul traumatismului au survenit modificările patologice, enumerate în diferite subpuncte ale art. 44, indemnizația se plătește, luându-se în considerație fiecare din ele, prin sumare, dar nu mai mult de 100%.	
45.	Hernia, formată în zona leziunii peretelui abdominal anterior, diafragmei sau în zona cicatricei postoperatoriu, dacă operația s-a efectuat în legătură cu trauma.	10
	Notă: 1. Indemnizația conform art. 45 se plătește suplimentar la indemnizația, determinată în legătură cu trauma organelor abdomenului, dacă ea a fost o consecință directă a acestei traume. 2. Herniile abdomenului (ombilicale, liniei albe, inghinale și inghinoscrotale), care au apărut în rezultatul ridicării unor greutăți, nu servesc drept temei pentru plata indemnizației.	
46.	Leziunea ficatului în rezultatul traumei sau intoxicației acute accidentale, care a provocat: ruptură subcapsulară a ficatului, fără a necesita intervenție chirurgicală, hepatită, hepatită serică, care a apărut în legătură cu trauma, hepatoză, insuficiență hepatică.	10
47.	Leziunea ficatului, vezicii biliare, care a provocat: a) suturarea rupturilor ficatului sau colecistectomie; b) suturarea rupturilor ficatului și colecistectomie; c) rezecția unui lob al ficatului; d) rezecția unui lob al ficatului și colecistectomie.	15 20 25 35
48.	Leziunea splinei, care a provocat: a) ruptură subcapsulară a splinei, fără a necesita intervenție chirurgicală și confirmată prin ultrasonografie, tomografie, rezonanță magnetică nucleară; b) splenectomie.	5 20
49.	Leziunea stomacului, vezicii biliare, intestinului, mezoului, care a provocat: a) formarea unui pseudochist al vezicii biliare; b) rezecția stomacului, intestinului, pancreasului; c) rezecția stomacului cu un segment de intestin sau de pancreas; d) gastrectomie.	20 30 40 50
	Notă: În cazul consecințelor traumei, enumerate într-un subpunct, indemnizația se plătește o singură dată. Dacă, însă, trauma diferitor organe va implica complicațiile indicate în diferite subpuncte, indemnizația se plătește, luându-se în considerație fiecare din ele, prin sumare, dar nu mai mult de 100%.	
50.	Leziunea organelor abdominale, pentru care s-a efectuat: a) laparoscopie (laparocenteză); b) laparotomie în cazul suspjecției leziunii organelor abdomenului (inclusiv cu laparoscopie, laparocenteză); c) laparotomie în cazul leziunii organelor abdominale (inclusiv cu laparoscopie, laparocenteză).	5 10 15

	Notă: 1. În cazul în care, în legătură cu trauma organelor abdominale, există temei pentru plata indemnizației conform art. 46-49, atunci art. 50 nu se aplică. 2. În cazul în care, în rezultatul unei traume, vor fi lezate diferite organe ale abdomenului, dintre care unul sau mai multe vor fi înlăturate, iar altul (alte) suturate, indemnizația se plătește conform articolelor corespunzătoare și conform art. 50 ("c") o singură dată. În cazul în care, în rezultatul unei traume, vor fi lezate organele aparatului digestiv, urinar sau genital (fără înlăturarea lor), se plătește suplimentar o indemnizație conform art. 54 în mărime de 5% din suma asigurată.	
VII	APARATUL URINAR ȘI GENITAL	
51.	Leziunea rinichiului (rinichilor), care a provocat: a) contuzia rinichiului (rinichilor), ruptură subcapsulară a rinichiului, fără a necesita intervenție chirurgicală; b) rezecția rinichiului; c) nefrectomie.	5 25 50
52.	Leziunea organelor aparatului urinar (rinichilor, ureterelor, vezicii urinare, uretrei), care a provocat: a) cistită, uretrită, pielită, pielocistită; b) insuficiență renală acută; c) micșorarea volumului vezicii urinare; d) glomerulonefrită, pielonefrită, strictura uretrei; e) Crush-syndrom (sindrom de zdrobire, toxicoză traumatică), insuficiență renală cronică; f) ocluzia ureterului, ocluzie a uretrei; g) fistule urogenitale. Notă: 1. Dacă, în rezultatul traumei, va surveni dereglarea funcției mai multor organe ale aparatului urinar, cota indemnizației plătită se va determina conform unuia din subpunctele art. 52, care se referă la cea mai gravă complicație a leziunii. Indemnizația în legătură cu consecințele traumei, enumerate în subpunctele "a", "c", "d", "e", "f" și "g" ale art. 52, se plătește numai dacă aceste complicații persistă la expirarea a 3 luni după traumă. Mai devreme de acest termen indemnizația se plătește conform art. 51 sau art. 54 ("a") și această cotă nu se deduce atunci când se ia decizia finală. Totodată, suma totală a plăților nu poate depăși 100% din suma de asigurare.	5 10 15 25 30 30 40
53.	Intervenții chirurgicale efectuate în legătură cu trauma organelor aparatului urinar: a) cistostomie; b) în cazul suspectării leziunii organelor; c) în cazul leziunii organelor. Notă: În cazul în care, în legătură cu trauma, s-a efectuat nefrectomia sau rezecția rinichiului, indemnizația se plătește conform art. 51 (b, c); art. 53 în acest caz nu se aplică.	5 10 15
54.	Leziune a organelor aparatului urinar sau genital: a) plagă, ruptură, combustie, degerătură, hematom al scrotului, cordonului spermatic, buzelor genitale; b) viol al unei persoane cu vârsta: de pînă la 15 ani; cuprinsă între 15 și 18 ani; de 18 ani și mai mare.	5 50 30 15
55.	Leziunea sistemului genital, care a provocat: a) salpingectomie, ovariectomie, testiculectomie unilaterală (înlăturarea unei trompe uterine, a unui ovar, a unui testicul); b) salpingectomie, ovariectomie, testiculectomie bilaterală, rezecția unei părți a penisului; c) histerectomie la femei cu vârsta: de pînă la 40 de ani; cuprinsă între 40 și 50 de ani; de 50 de ani și mai mari d) rezecția penisului. Notă: Suma totală a plăților în legătură cu leziunea organelor genitale, în cazul unei traume, nu poate depăși 50% din suma asigurată.	15 30 50 30 15 50
56.	Sarcină extrauterină, naștere patologică, care a implicat: a) înlăturarea trompei uterine unice, ovarui unic;	15

	b) salpingectomie bilaterală, ovariectomie bilaterală; c) histerectomie cu anexe.	30 50
	Notă: În cazurile când, în timpul operației în legătură cu sarcină extrauterină, se face înlăturarea (ligaturarea) concomitentă a trompei cu embrion și a celeilalte trompe uterine din cauza îmbolnăvirii sau cu scopul sterilizării, indemnizația se plătește conform art. 56 "a".	
VIII	ȚESUTURILE MOI	
57.	Leziunea țesuturilor moi ale feții, suprafeței anterior-laterale a gâtului, zonei submaxilare și submandibulare, a pavilioanelor urechilor (inclusiv în rezultatul combustiei sau degerării), care a implicat după cicatrizare:	
	a) formarea cicatricelor cu o suprafață de la 0,5 pînă la 1,0 cm ² ;	3
	b) formarea cicatricelor cu o suprafață de la 1,0 cm ² și mai mult și cu lungimea 5 cm și mai mult;	5
	c) afectare cosmetică pronunțată;	10
	d) afectare cosmetică considerabilă;	30
	e) mutilare	50
	Note:	
	1. La cicatrice cosmetice evidente se referă cicatricile care se deosebesc prin culoare de pielea din jur, retractile sau proeminente pe suprafața ei, care contractează țesuturile feții.	
	Mutilarea reprezintă o modificare pronunțată a înfățișării naturale a omului în rezultatul unei acțiuni mecanice, chimice, termice și altor acțiuni violente.	
	2. Dacă, în legătură cu fracturarea craniului facial însoțită de deplasarea unor fragmente, s-a efectuat o intervenție chirurgicală (repoziție deschisă), în urma căreia pe față s-a format o cicatrice, plata indemnizației se efectuează, luîndu-se în considerație fractura și cicatricea postoperatorie, dacă această cicatrice afectează efectul cosmetic al feței într-o măsură sau alta.	
	3. În cazul în care, în rezultatul leziunii țesuturilor moi ale feței, suprafeței anterior-laterale a gâtului, zonei submaxilare și submandibulare, s-a format o cicatrice sau o pată pigmentară și în legătură cu acest fapt s-a plătit o parte corespunzătoare din suma asigurată, iar mai apoi asiguratul a suportat o traumă repetată, care a favorizat formarea unor noi cicatrici (pete pigmentare), plata indemnizației se efectuează, luîndu-se în considerație consecințele traumei repetate.	
58.	Leziunea țesuturilor moi ale părții piloase a capului, trunchiului, membrilor, care a implicat după vindecare formarea (inclusiv în rezultatul unei combustii sau degerări) a cicatricelor cu suprafața:	
	a) de la 2,0 pînă la 5,0 cm ² sau cu lungimea de 5 cm și mai mult;	3
	b) de la 5,0 cm ² pînă la 1% din suprafața corpului	5
	Note:	
	1. 1% din suprafața corpului persoanei investigate este egal cu suprafața palmei și a degetelor mîinii propriu zise. Această suprafață se determină în centimetri pătrați prin înmulțirea lungimii mîinii propriu zise, măsurate de la articulația radiocarpiană pînă la vârful falangei unghiale a celui de-al treilea deget, cu lățimea ei, măsurată de la nivelul capetelor 2-5 ale oaselor metacarpiene (fără a lua în considerație primul deget).	
	2. La determinarea suprafeței cicatricelor se vor lua în considerație de asemenea cicatricile formate în locul prelevării transplantului cutanat pentru înlocuirea defectului zonei lezate a pielii.	
	3. Dacă plata indemnizației se efectuează pentru intervenție chirurgicală (în cazul leziunilor deschise, plastiei tendoanelor, suturării vaselor, nervilor etc.), art. 58 nu se aplică.	
	Leziunea țesuturilor moi ale trunchiului, membrilor, care a implicat formarea (inclusiv în rezultatul unei combustii sau degerări) a petelor pigmentare.	
	Notă: 1. Adresarea unică la instituția medicală în legătură cu leziuni ale țesuturilor moi nu servește drept temei pentru plata indemnizației.	

	2. Suma totală al indemnizației plătitibile în legătură cu leziunea țesuturilor moi ale părții piloase a capului, trunchiului, membrelor, nu va depăși 40%.	
59.	Combustiile (vezi tabelul nr. 2)	10
60.	Intoxicație prin combustie, șoc combustional, șoc traumatic, șoc anafilactic	10
61.	Leziune a țesuturilor moi: a) contuzie cu diversă localizare; b) ruptura mușchiului (mușchilor), corpi străini neînlăturați, hernie musculară, hematom neresorbit, periostită posttraumatică, entorsă (întindere) ligamentară în zona articulațiilor; c) ruptură a tendoanelor (cu excepția tendonului Achille, tendoanelor degetelor mâinii și labei piciorului), prelevarea autotransplantului.	1 3 5
	Notă: Indemnizația în legătură cu hernie musculară, periostită, hematom neresorbit se plătește în cazul când complicația nominalizată a traumei persista la asigurat după expirarea a 1 luni după traumă.	
	NOTĂ: 1. Pentru fistule posttraumatice (cu excepția mâinii propriu zise), indemnizația se determină în mărime de 3% și suplimentar pentru operație 3%. 2. În cazul în care, asiguratul a suportat o leziune a țesuturilor moi (plagă, combustie, degerare), și nu este de acord cu mărimea indemnizației determinate fără examinare, atunci, pentru determinarea consecințelor traumei urmează să fie examinat de un medic-expert după vindecarea leziunii, dar nu mai devreme de 1 lună după traumă. În actul de examinare medicul-expert va descrie suprafața tuturor cicatricelor și petelor pigmentare, formate în rezultatul traumei, precum și suprafața palmei mâinii și a degetelor, ținând cont de faptul că ea este egală cu 1% din suprafața corpului celui examinat. În cazul în care, asiguratul, pe lângă trauma țesuturilor moi, a suportat și alte leziuni, atunci în cazul examinării se descriu numai consecințele leziunii țesuturilor moi, iar în privința altor traume decizia se ia în baza deciziei medicale. 3. Dacă în timpul intervenției chirurgicale, efectuate în legătură cu trauma organelor interne, se va stabili că a fost lezat un organ modificat patologic și s-a făcut extirparea lui parțială sau totală în legătură cu afecțiunea existentă anterior, indemnizația se plătește numai pentru intervenție chirurgicală în mărime de 10%. 4. În cazurile când s-a efectuat plata indemnizației pentru intervenții chirurgicale în urma traumei, plata suplimentară pentru cicatrice postoperatorii nu se efectuează. 5. În cazul în care, în legătură cu traumatismul s-au efectuat intervenții chirurgicale, indemnizația se plătește o singură dată, indiferent de numărul lor. Dacă, însă, în rezultatul unei traume, se vor produce fracturi ale oaselor diferitor segmente ale membrului (de exemplu, a umărului sau antebrațului, femurului sau gambei etc.), indemnizația se plătește, luându-se în considerație intervențiile chirurgicale pe fiecare din segmentele membrului, prin sumare. La luarea deciziei privind plata indemnizației este necesar să se țină cont de faptul că repoziția deschisă, perforarea (trepanarea) osului, osteosinteza, inclusiv extrafocală (aplicarea distractorului compresiv Ilizarov, aparatului Volkov-Oganessian etc.), plastia osoasă se referă la intervenții chirurgicale. Extensiunea scheletică nu se referă la intervenții chirurgicale. Dacă în legătură cu trauma s-a efectuat o operație plastică cu prelevarea autotransplantului osos din alt segment al aparatului locomotor, indemnizația se plătește, luându-se în considerație operația (10%) și prelevarea transplantului (art. 61-5%), prin sumare. 6. Dacă în legătură cu trauma s-a plătit indemnizație, iar ulterior s-a constatat o leziune mai gravă a aceluiași organ sau o complicație a traumei, care servește drept temei pentru plata indemnizației într-un cuantum mai mare, plata efectuată anterior se deduce la luarea deciziei finale. Excepție fac cazurile prevăzute de notele la articolele corespunzătoare. 7. Dacă, în rezultatul unei traume, se vor produce leziunile enumerate într-un articol, indemnizația se plătește conform unuia din subpuncte, care ia în considerație cea mai gravă leziune. 8. Indemnizația plătită în legătură cu trauma organului, nu va depăși cuantumul indemnizației plătite în cazul pierderii acestui organ, iar suma totală a plăților nu va depăși 100%.	
IX	COLOANA VERTEBRALĂ	

62.	Fractură, fractură-luxație sau luxație a corpurilor vertebrelor, fractură a arcurilor și a apofizelor articulare ale vertebrelor (cu excepția osului sacral și coccigian): a) unul; b) doi-trei; c) patru-cinci; d) șase și mai mult. Vezi nota 1 la art. 66.	20 30 40 50
63.	Ruptura ligamentelor intervertebrale (în cazul unui tratament de cel puțin 10 zile), subluxație a vertebrelor (cu excepția coccisului). Subluxație a vertebrelor C1C2	5 3
	Notă: În cazul recidivei subluxației unei vertebre indemnizația nu se plătește.	
64.	Fractura fiecărei apofize transversale sau spinoase, distorsiune a coloanei vertebrale	5
65.	Fractura osului sacral	10
66.	Leziunea coccisului: a) subluxație a vertebrelor coccigiene; b) luxație a vertebrelor coccigiene; c) fractură a vertebrelor coccigiene.	3 5 10
	Notă: 1. În cazul în care, în legătură cu trauma coloanei vertebrale (inclusiv a osului sacral și a coccisului) s-au efectuat intervenții chirurgicale, atunci se plătește suplimentar o singură dată 5% 2. În cazul în care, fractura sau luxația vertebrelor a fost asociată cu leziunea măduvei spinării, indemnizația se plătește, luându-se în considerație ambele leziuni, prin sumare, dar nu mai mult de 100%. 3. În cazul în care, în rezultatul unei traume, se va produce o fractură a corpului vertebral, lezarea ligamentelor, fractură a apofizelor transversale sau spinoase, indemnizația se plătește o singură dată, conform articolului care prevede cea mai gravă leziune.	
MEMBRUL SUPERIOR		
X	OMOPLATUL ȘI CLAVICULA	
67.	Fractură a omoplatului, claviculei, ruptură totală sau parțială a articulației acromio-claviculare, sternoclaviculare: a) fractură, luxație a unui os, ruptură a unei articulații; b) fractură a două oase, fractură dublă a unui os, ruptură a două articulații sau fractură, luxație a unui os și ruptură a unei articulații, fractură-luxație a claviculei; c) ruptură a două articulații și fractură a unui os, fractură a două oase și ruptură a unei articulații; d) fractură neconsolidată (pseudoartroză).	5 10 15 15
	Notă: 1. În cazul în care, în legătură cu leziunile enumerate în art. 67 s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată. 2. Indemnizația în legătură cu fractură neconsolidată (pseudoartroză) se plătește numai dacă această complicație a traumei va fi stabilită de către o instituție medicală la expirarea a 6 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții. Această indemnizație este suplimentară.	
XI	ARTICULAȚIA UMĂRULUI	
68.	Leziunea zonei articulației umărului (cavității glenoide a omoplatului, capului osului humeral, colului anatomic, chirurgical, tuberculelor, capsulei articulare): a) ruptură a tendoanelor, capsulei articulației, ruptura fragmentelor osoase, inclusiv a tubercului mare, fractura cavității glenoide a omoplatului, luxația umărului; b) fractura a două oase, fractura omoplatului și luxația umărului; c) fractura umărului (capului, colului anatomic, chirurgical), fractură-luxație a umărului.	5 10 10
69.	Leziuni ale centurii scapulare, care au implicat: a) luxație habituală a umărului; b) lipsa mișcărilor în articulație (anchiloză); c) articulație balanță a umărului în rezultatul rezecției suprafețelor articulare ale componentelor oaselor acesteia.	15 20 40
	Notă: 1. Indemnizația conform art. 69 se plătește suplimentar la indemnizația plătită în legătură cu leziunile zonei articulației umărului numai dacă complicațiile enumerate în acest articol vor fi stabilite de către o	

	instituție medicală la expirarea a 6 luni după traumă și vor fi confirmate printr-un certificat al acestei instituții. 2. În cazul în care, în legătură cu trauma articulației umărului, se vor efectua intervenții chirurgicale, atunci se plătește o singură dată 10% din suma asigurată. 3. Indemnizația în cazul luxației habituale a umărului se plătește numai dacă a survenit pe parcursul unui an după luxația primară, produsă în perioada de acțiune a contractului de asigurare. Diagnosticul de luxație habituală a umărului trebuie să fie confirmată de către instituția curativă în care s-a efectuat reducerea luxației. În cazul recidivelor luxației habituale indemnizația nu se plătește.	
XII	UMĂRUL	
70.	Fractura osului umărului (humerus): a) la orice nivel (treimea superioară, mediană, inferioară); b) fractură dublă.	15 20
71.	Fractură a osului umărului, care a implicat formarea unei fracturi neconsolidate (pseudoartrozei), cu excepția desprinderii unor fragmente osoase. Notă: 1. Indemnizația conform art. 71 se plătește suplimentar la indemnizația plătită în legătură cu trauma umărului numai dacă complicațiile nominalizate vor fi stabilite de către o instituție curativ- profilactică la expirarea a 9 luni după traumă. În cazul în care, în legătură cu trauma zonei umărului, s-au efectuat intervenții chirurgicale (cu excepția toaletei chirurgicale primare și înlăturării corpurilor străini), se plătește suplimentar o singură dată 10% din suma asigurată.	45
XIII	ARTICULAȚIA COTULUI	
72.	Leziuni în zona articulației cotului: a) subluxație de pronatie a antebrațului, hematroză, subluxație a capului radiusului, bursită posttraumatică; b) rupturi de fragmente osoase, inclusiv de epicondili a osului umărului, fractura radiusului și a osului cubital, luxație a osului, ruptură a capsulei articulației, fractură a proeminenței capitate; c) fractura radiusului și a osului cubital, a unui condil, luxația antebrațului; d) fractura condililor osului umărului, fractură intercondiliană (transcondiliană), supracondiliană, fractură a osului umărului; e) fractura osului umărului cu radiusul și /sau osul cubital .	3 5 10 15 20
	Notă: În cazul în care, în rezultatul unei traume, vor surveni diferite leziuni, enumerate în art. 72, plata indemnizației se efectuează în conformitate cu subpunctul care ia în considerație cea mai gravă leziune.	
73.	Leziunea zonei articulației cubitale, care a provocat: a) lipsa mișcărilor în articulație (anchiloză); b) cubitus balanță (în rezultatul rezecției suprafețelor articulare ale componentelor oaselor acestuia).	20 30
	Notă: 1. Indemnizația conform art. 73 "a" se plătește suplimentar la suma plătită în legătură cu leziunile zonei articulației cubitale numai dacă lipsa mișcărilor în această articulație va fi stabilită de către o instituție curativ-profilactică la expirarea a 6 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții. În cazul în care, în legătură cu trauma zonei articulației cubitale, vor fi efectuate intervenții chirurgicale (cu excepția prelucrării chirurgicale primare și înlăturării corpurilor străini), atunci se plătește suplimentar o singură dată 10% din suma asigurată.	
XIV	ANTEBRAȚUL	
74.	Fractura oaselor antebrațului la orice nivel, cu excepția zonei articulațiilor (treimii superioare, mediane, inferioare): a) fractură, luxație a unui os; b) fractură a două oase, fractură-luxație, fractură dublă; c) fractura capului radiusului (Mason tip I și III); d) fractura capului radiusului (Mason tip III); e) leziuni Essex-Lopresti.	5 10 10 15 20
75.	Fractură neconsolidată (pseudoartroză) a oaselor antebrațului, cu excepția fragmentelor osoase: a) a unui os; b) a două oase.	15 30
	Notă: Indemnizația conform art. 75 se plătește suplimentar la indemnizația plătită în legătură cu trauma	

	antebrațului, numai dacă această complicație a traumei va fi stabilită de către o instituție curativ-profilactică la expirarea a 9 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții.	
XV	ARTICULAȚIA RADIOCARPIANĂ	
76.	Leziuni ale zonei articulației radiocarpene: a) fractură intraarticulară al unui os al antebrațului, desprinderea apofizei (apofizelor) stiloide, ruperea unui fragment osos (unor fragmente osoase), luxația capului osului cubital, ruptura capsulei articulației; b) fractură intraarticulară a două oase a antebrațului, fractură a unui os și apofizei stiloide a celui alt os, luxație perilunară a mîinii propriu zise.	5 10
77.	Leziune a zonei articulației radiocarpene, care a implicat lipsa mișcărilor (anchiloză) în această articulație. Notă: 1. Indemnizația conform art. 77 se plătește suplimentar la indemnizația plătită în legătură cu leziuni ale zonei articulației radiocarpene, numai dacă lipsa mișcărilor în articulație va fi stabilită de către o instituție medicală la expirarea a 6 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții. 2. În cazul în care, în legătură cu trauma zonei articulației radiocarpene, s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată.	15
XVI	MÎINA	
78.	Fractură sau luxație a oaselor carpiene, oaselor metacarpene ale unei mîini: a) un os (cu excepția celui navicular), flegmon al mîinii propriu zise; b) două sau mai multe oase (cu excepția celui navicular); c) osul navicular; d) luxație, fractură-luxație a mîinii propriu zise.	5 10 10 15
	Notă: 1. În cazul în care, în legătură cu trauma mîinii, s-au efectuat intervenții chirurgicale (cu excepția prelucrării chirurgicale primare și înlăturării corpurilor străini), se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată. 2. În cazul în care, în rezultatul traumei, s-a produs fractura osului navicular asociată cu fractura, luxația altor oase metacarpene (carpiene), atunci indemnizația se plătește, luîndu-se în considerație fiecare leziune, prin sumare.	
79.	Leziunea mîinii, care a implicat: a) fractură neconsolidată (pseudoartroză) a unui os, cu excepția desprinderii fragmentelor osoase; b) fractură neconsolidată (pseudoartroză) a două sau mai multe oase, cu excepția desprinderii fragmentelor osoase.	5 10
	Notă: Indemnizația în legătură cu fractura neconsolidată (pseudoartroză) a oaselor carpiene sau metacarpene se plătește suplimentar conform art. 79 (a) numai dacă această complicație a traumei va fi stabilită de către o instituție curativ-profilactică la expirarea a 6 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții.	
XVII	DEGETELE MÎINEI	
	Primul deget(policele)	
80.	Leziunea degetului, care a implicat: a) leziune a tendonului (tendoanelor) mușchilor extensori al degetului, deformare cicatriceală considerabilă a falangei (falangelor), desprinderea limbului unghiei; b) fractură (ruperea unui fragment osos) a falangei (falangelor), leziune a tendonului (tendoanelor) mușchiului flexor al degetului, panarițiu tendinos, articular și osos.	3 5
	Notă: 1. Inflamația purulentă a repliului epidermic periunghial (paronichie) nu servește drept temei pentru plata indemnizației. 2. În cazul în care, în legătură cu leziunea tendoanelor, fractura sau luxația falangei (falangelor), panarițiu tendinos, articular, osos s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 3% din suma asigurată.	
81.	Leziuni ale degetului, care au implicat: a) lipsa mișcărilor în una din articulații;	5

	b) lipsa mișcărilor în două articulații.	10
	Notă: Indemnizația în legătură cu lipsa mișcărilor primului deget se plătește suplimentar la indemnizația plătită în legătură cu traumatizarea lui numai dacă lipsa mișcărilor în una (mai multe) articulații ale degetului va fi stabilită de către o instituție medicală la expirarea a 6 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții.	
	Al doilea, al treilea, al patrulea, al cincilea deget	
82.	Leziune a unui deget, care a implicat: a) leziunea tendonului (tendoanelor) mușchilor extensori ai degetului, deformarea cicatriceală considerabilă a falangei (falangelor), desprindere a limbului unghiei; b) fractura (desprinderea unui fragment osos) falangei (falangelor), leziunea tendonului (tendoanelor) mușchiului flexor al degetului, panarițiu tendinos, articular, osos.	3 5
	Notă: 1. Inflamația purulentă a repliului epidermic periunghial (paronichie) nu servește drept temei pentru plata indemnizației. 2. În cazul în care dacă, în legătură cu leziunea tendoanelor, fractura sau luxația falangei (falangelor), panarițiu tendinos, articular, osos s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 3% din suma asigurată.	
83.	Leziunea degetului, care a implicat: a) lipsa mișcărilor în una din articulații; b) lipsa mișcărilor în două sau trei articulații ale degetului.	3 5
	Notă: Indemnizația în legătură cu lipsa mișcărilor degetului se plătește suplimentar la indemnizația plătită în legătură cu traumatizarea lui numai dacă lipsa mișcărilor în una (mai multe) articulații ale degetului va fi stabilită de către o instituție medicală la expirarea a 6 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții.	
XVIII	BAZINUL	
84.	Traumatism al bazinului: a) fractură a unui os; b) fractură a două oase sau ruptură a unei articulații, fractură dublă a unui os; c) fractură a trei și mai multe oase, ruptură a două sau mai multe articulații a cavității cotiloide, inclusiv asociate cu luxația femurului (coxofemurală).	5 10 25
	Notă: 1. În cazul în care, în legătură cu fractura oastelor bazinului sau ruptura articulațiilor, s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 10% din suma asigurată. 2. Ruptura articulației (articulațiilor) pubiane, sacrococcigiene în timpul nașterii servește drept temei pentru plata indemnizației în bază generală conform art. 84 (b sau c).	
	MEMBRUL INFERIOR	
XIX	ARTICULAȚIA COXOFEMURALĂ	
85.	Leziuni ale articulației coxofemorale: a) ruperea unui fragment osos (unor fragmente osoase), ruptură a capsulei articulației; b) rupere izolată a trohanterului (trohanterelor); c) luxația femurului; d) fractura capului, colului, metafizei proximale a femurului, fractură intertrohanteriană, transtrohanteriană, luxație centrală a femurului (fractură a cavității cotiloide și luxație a femurului).	5 10 15 25
	Notă: 1. În cazul în care, în rezultatul unei traume, vor surveni diverse leziuni ale articulației coxofemorale, indemnizația se plătește în conformitate cu unul din subpuncte, care prevede cea mai gravă leziune. 2. În cazul în care, în legătură cu trauma articulației coxofemorale, s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 10% din suma asigurată, în cazul tratamentului conservativ prin extensiune scheletică - 3%.	
86.	Leziuni ale articulației coxofemorale, care au implicat: a) lipsa mișcărilor în articulație (anchiloză); b) fractură neconsolidată (pseudoartroză) a colului femural.	20 30
XX	FEMURUL	

87.	Fractura femurului: a) la orice nivel, cu excepția zonei articulațiilor (treimii superioare, mediane, inferioare); b) fractura dublă a femurului.	25 30
88.	Fractura femurului, cu excepția ruperii unor fragmente osoase, care a cauzat formarea unei fracturi neconsolidate (pseudoartrozei).	30
	Notă: 1. În cazul în care, în legătură cu trauma zonei femurului, s-au efectuat intervenții chirurgicale (cu excepția prelucrării chirurgicale primare și înlăturării corpurilor străini), se plătește suplimentar o singură dată 10% din suma asigurată. 2. Indemnizația conform art. 88 se plătește suplimentar la indemnizația, plătită în legătură cu fractura femurului, numai dacă această complicație va fi stabilită de către o instituție medicală la expirarea a 9 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții.	
XXI	ARTICULAȚIA GENUNCHIULUI	
89.	Leziuni ale zonei articulației genunchiului: a) luxația rotulei, sinovită posttraumatică, hemartroză; b) ruperea unui fragment osos (unor fragmente osoase), fractură a epicondilului (epicondilor), fractură a capului fibulei, leziunea meniscului, ruptură a capsulei articulației, ruptura ligamentelor; c) fractură a: rotulei, eminentei intercondiliene, condililor, metafizei proximale a tibiei, ruptura ligamentelor cruciforme; d) fractură a metafizei proximale, tibiei cu capul fibulei; e) fractură a condililor femurului, luxație a gambei; f) fractura metafizei distale a șoldului; g) fractura metafizei distale, condililor femurului cu porțiunile proximale ale unui sau a ambelor oase tibiale.	3 5 10 15 20 25 30
	Notă: 1. În cazul asocierii diferitor leziuni ale articulației genunchiului, indemnizația se plătește o singură dată în conformitate cu unul din subpunctele art. 89, care prevede cea mai gravă leziune. 2. În cazul în care, în legătură cu trauma zonei articulației genunchiului, s-au efectuat intervenții chirurgicale (cu excepția prelucrării chirurgicale primare și înlăturării corpurilor străini), se plătește suplimentar o singură dată 10% din suma asigurată.	
90.	Leziuni ale zonei articulației genunchiului, care au implicat: a) lipsa mișcărilor în articulație.	20
	Notă: Indemnizația conform art. 90 se plătește suplimentar la indemnizația plătită în legătură cu trauma acestei articulații, numai dacă această complicație va fi stabilită de către o instituție medicală la expirarea a 9 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei instituții.	
XXII	GAMBA	
91.	Fractură a oaselor gambei (cu excepția zonei articulațiilor): a) fibulei, desprinderi de fragmente osoase; b) tibiei; c) a ambelor oase, fractură dublă a tibiei.	5 10 15
	Notă: 1. Indemnizația conform art. 91 se determină în cazul: fracturilor tibiei în zona diafizei (treimii superioare, mediane, inferioare) și fracturilor fibulei în treimea superioară sau mediană. 2. În cazul în care, în rezultatul traumei, s-a produs o fractură intraarticulară a tibiei în articulația genunchiului sau talocrurală și o fractură a fibulei la nivelul diafizei, indemnizația se plătește conform art. 91 și 93 sau art. 94 și 93, prin sumare.	
92.	Fractura a oaselor gambei, cu excepția ruperii de fragmente osoase, care a provocat fractura neconsolidată (pseudoartroză): a) a fibulei; b) tibiei; c) ambelor oase.	5 10 15
	Notă: 1. Indemnizația conform art. 92 se plătește suplimentar la indemnizația, plătită în legătură cu fractura oaselor gambei, dacă acest complicații vor fie stabilite de către o instituție medicală la expirarea a 9 luni după traumă și va fi confirmată printr-un certificat al acestei	

	instituții. 2. În cazul în care, în legătură cu trauma gambei, s-au efectuat intervenții chirurgicale (cu excepția prelucrării chirurgicale primare și înlăturării corpurilor străini), se plătește suplimentar o singură dată 10% din suma asigurată.	
	Articulație talocrurală (tibiotalarsiană)	
93.	Leziuni ale zonei articulației tibiotalarsiene: a) contuzii, b) entorsii, distorsii; c) fractură a unei glezne, ruptură izolată a sindesmozei intertibiale; d) fractură a două glezne sau fractură a unei glezne cu implicarea marginii tibiei, fractură a metafizei (epimetafizei) tibiei; e) fractură a ambelor glezne cu implicarea marginii tibiei (fractură trimaleolară).	1 3 5 10 15
	Notă: 1. În cazul fracturilor oaselor articulației tibiotalarsiene, asociate cu ruptură a sindesmozei intertibiale, subluxației (luxației) a labei piciorului, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată. 2. În cazul în care, în legătură cu trauma zonei articulației talocrurale, s-au efectuat intervenții chirurgicale (cu excepția prelucrării chirurgicale primare și înlăturării corpurilor străini), se plătește suplimentar o singură dată 10% din suma asigurată, în cazul tratamentului conservativ prin extensiune scheletică - 3%.	
94.	Leziuni a zonei articulației talocrurale, care a implicat: a) lipsa mișcărilor în articulația talocrurală.	20
	Notă: 1. Indemnizația conform art. 94 se plătește suplimentar la indemnizația plătită în legătură cu fractura oaselor articulației talocrurale, dacă aceste complicații vor fi stabilite de către o instituție curativ- profilactică la expirarea a 6 luni după traumă și vor fi confirmate printr-un certificat al acestei instituții.	
95.	Leziuni tendonului Achille: a) în cazul tratamentului conservativ; b) în cazul tratamentului chirurgical.	5 10
XXIII	LABA PICIORULUI	
96.	Leziuni ale labei piciorului: a) fractură, luxație a unui os (cu excepția celui calcaneu și astragal); b) fractura, luxație a două oase, fractură a osului astragal; c) fractura, luxație a trei și mai multe oase, fractură a osului calcaneu, luxație subastragală a labei piciorului, luxație în articulația intertarsiană (Șopar) sau tarso-metatarsian (Lisfranc).	5 10 15
	Notă: 1. În cazul în care , în legătură cu fractura sau luxația oaselor sau ruptura ligamentelor labei piciorului, s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată. 2. În cazul fracturilor sau luxațiilor oaselor labei piciorului, survenite în rezultatul diverselor traume, indemnizația se plătește, luându-se în considerație fiecare fapt al traumei.	
97.	Leziuni ale labei piciorului, care au implicat: a) fractură neconsolidată (pseudoartroză) a unui-două oase (cu excepția celui calcaneu și astragal); b) fractură neconsolidată (pseudoartroză) a trei sau mai multe oase, precum și osului calcaneu sau astragal; c) artrodeză a articulației subastragale, artrodeză a articulației intertarsiene (Șopar) sau tarso-metatarsiene (Lisfranc).	5 15 20
	Notă: 1. Indemnizația conform art. 97 se plătește suplimentar la indemnizația plătită pentru trauma labei piciorului: • în legătură cu complicațiile traumei labei piciorului, prevăzute în art. 97 ("a"), numai dacă vor fi stabilite de către o instituție curativă la expirarea a 6 luni după traumă și va fi confirmate printr-un certificat al acestei instituții.	
XXIV	DEGETELE LABEI PICIORULUI	

98.	Fractură, luxație a falangei (falangelor), leziune a tendonului (tendoanelor): a) unui deget, osteomielită a oaselor unui deget; b) a două-trei degete; c) a patru-cinci degete.	3 5 7
	Notă: În cazul în care, în legătură cu fractura, luxația sau leziunea tendoanelor degetului, s-au efectuat intervenții chirurgicale, se plătește suplimentar o singură dată 5% din suma asigurată, în cazul tratamentului conservativ prin extensiune scheletică - 3%.	
99.	Leziuni, care au provocat: a) formarea fistulelor de ligatură; b) limfostază, tromboflebită, dereglarea troficii (inclusiv sindromul Zudeck); c) osteomielită, inclusiv hematogenă.	3 5 10
	Notă: 1. Art. 99 se aplică în caz de tromboflebite, limfostaze, dereglări ale troficității, care au survenit în urma traumei aparatului locomotor (cu excepția leziunilor vaselor periferice mari și a nervilor) și persistă la expirarea a 3 luni după traumă. 2. Inflamații purulente ale degetelor labelor picioarelor nu servesc drept temei pentru plata indemnizației. 3. Amputarea membrului inferior în legătură cu afecțiuni (gangrenă diabetică, endarteriită obliterantă, ocluzia vaselor) nu servește drept temei pentru plata indemnizației.	
100.	Intoxicație acută accidentală , asfixie, encefalită de căpușă, encefalită postvaccinală (encefalomielită), electrocutare, insolație, mușcături ale șerpilor, insectelor veninoase, tetanos, botulism (în lipsa datelor despre leziune în rezultatul evenimentelor menționate, care au provocat leziunea unor organe concrete) în cazul tratamentului staționar de: a) 2 - 5 zile; b) 6-10 zile; c) 11-20 zile; d) peste 20 zile.	3 5 10 15
	Notă: În cazul în care, în documentele medicale se menționează că evenimentele enumerate în art. 100 au provocat leziuni ale vreunui organ (sistem), ce servesc drept temei pentru plata indemnizației într-o sumă mai mare decât prevede art. 100, atunci se aplică articolul corespunzător al „Tabelului”. Art. 100 în acest caz nu se aplică.	
101.	Riscul asigurat, care s-a produs cu asiguratul în perioada acțiunii contractului de asigurare, neprevăzută de prezentul „Tabel”, dar care a necesitat tratament staționar continuu în medie nu mai puțin de 10 zile: a) în cazul unui tratament continuu de la 10 până la 15 zile inclusiv; b) în cazul unui tratament continuu de peste 15 zile.	2 3
	Notă: Plata indemnizației conform art. 101 se efectuează o singură dată, indiferent de numărul leziunilor, dacă nu poate fi aplicat alt articol al „Tabelului”.	

Tabelul indemnizațiilor în leziuni termice

Suprafața leziunii	Gradul arsurii				
	I	II	III a	III b	IV
	Cuantumul indemnizației în % din suma asigurată				
până la 5 %	1	3	10	13	15
de la 5 până la 10%	3	7	15	17	20
de la 11 până la 20 %	5	10	20	25	30
de la 21 până la 30%	7	20	25	35	45
de la 31 până la 40%	10	17	30	50	55
de la 41 până la 50%	15	20	35	60	65
de la 51 până la 60%	20	25	40	70	80
de la 61 până la 70 %	25	30	50	75	90
de la 71 până la 80%	30	45	60	80	100
de la 81 până la 90 %	40	55	70	90	100
peste 90 %	50	70	90	100	100

1. În caz de leziuni termice cu divers grad de arsură, volumul indemnizațiilor se sumează (nu mai mult de 100% din suma asigurată).
2. În caz de arsuri ale capului și gâtului suma indemnizației va crește în conformitate cu tabelul dat:

Suprafața leziunii (%)	Gradul arsurii				
	I	II	III a	III b	IV
	Cuantumul indemnizației în % din suma asigurată				
1	1	3	5	7	9
2	2	4	6	8	10
3	3	5	7	9	12
4	4	6	9	12	15
5	5	8	11	15	20
6	6	10	15	20	25
7	7	12	18	25	30
8	8	14	20	30	35
9	9	1	25	35	40
10	10	20	25	30	50

Notă:

3. În caz de leziune termică a căilor respiratorii se vor achita 30% din suma asigurată.
4. În caz de leziune termică a perineului, mărimea indemnizației va crește cu 5%.

Tabelul dindemizațiilor în leziuni prin arme de foc

№	Caracterul leziunii	Cuantumul indemnizației în % din suma asigurată
1	2	3
1	<u>Plagă tangențială unică (prin glonț sau schijă) cu suprafața lezată</u> - Pînă la 2cm pt. - 2-5 cm pt. - 5-10- cm pt. - peste 10 cm pt. - față - fiecare următoare plagă	5 7 10 15 17 +7
2	<u>Plagă transfixială fără lezarea paselor, vaselor magistrale și a organelor interne</u> - 1-a plagă - fiecare următoare plagă	20 +5
3	<u>Plagă oarbă fără lezarea paselor, vaselor magistrale și a organelor interne</u> - 1-a plagă - fiecare următoare plagă	25 +5
4	<u>la infectarea plăgilor (pentru p.1,2,3)</u>	+10
5	<u>Cap, 1-a plagă</u> - fără lezarea creierului și membranelor cerebrale - cu lezarea membranelor cerebrale - cu lezarea creierului - fiecare următoare plagă	30 40 50 +10
6	<u>Lezarea rinichilor</u> - 1-a plagă - fiecare următoare plagă	50 +20

7	<u>Cutia toracică (1-a plagă)</u> - fără lezarea plămîinului 20 - cu lezarea plămîinului 30 - lezarea vaselor mari și ale cordului 50 - lezarea esofagului 50 - lezarea coloanei vertebrale 60 - lezarea medului spinale 80 - dereglare totală de continuitate a medulei 100 - fiecare următoare plagă +10 - la asocierea fracturilor costale 1-2 coaste +5 3-5 coaste +10	
8	<u>Cavitatea abdominală (1-a plagă)</u> - fără lezarea organelor interne 30 - cu lezarea stomacului și intestinelor 45 - lezarea pancreasului 50 - lezarea splinei 40 - lezarea ficatului 50 - lezarea aortei abdominale 60 - fiecare următoare plagă +10	
9	<u>Lezarea ureterelor, vezicii biliare</u> -1-a plagă 45 - fiecare următoare plagă +5	
10	<u>Gîtul (1-a plagă)</u> - lezarea vaselor mari 60 - lezarea traheii 50 - fiecare următoare plagă + 10	
11	<u>Membrele superioare (1-a plagă)</u> - lezarea claviculei 20 - lezarea oaselor centurii humerale 30 - lezarea umărului 25 - lezarea vasului sau nervului la nivelul umărului 35 - lezarea oaselor articulației cotului 30 - lezarea vasului sau nervului la nivelul articulației cotului 30 - 1 os al antebrațului 20 - 2 oase ale antebrațului 30 - nerv sau vas la nivelul antebrațului 25 - 1 os metacarpian 15 - 2-4 oase metacarpiene 25 - 5 oase și mai mult 35 - vas la nivelul carpian 20 - degetelor 1-2 20 - altor degete 15 - fiecare următoare plagă +5	
12	<u>Membrele inferioare (1-a plagă)</u> - lezarea capului sau colului femoral 35 - lezarea femurului 30 - lezarea nervului sau vasului la nivelul femurului 35 - lezarea articulației genunchiului 35 - lezarea fibului 15 - lezarea tibiei 25 - ambele oase ale gambei 35 - nerv sau vas al gambei 40 - articulația talo-crurală 30 - osul calcaneu 35 - 1-2 oase tarsiene 20 - 3-4 oase tarsiene 25 - 5 oase și mai mult 40 - degetul 1 25 15	

13	- alte degete - fiecare următoare plagă	10
14	În caz de leziuni analogice ale ambelor membre, suma indemnizației va crește de două ori.	
15	În caz de lezarea ale organelor vederii sau auzului, suma indemnizației se va calcula în baza tebelor de indemnizație în caz de pierdere a vederii sau auzului, cu un adaos de 15%, pentru leziune prin armă de foc.	
	În caz că leziunile oaselor se vor complica prin osteomielită sau pseudoarticulații, se vor achita suplimentar 20% din suma asigurată.	

Notă: În caz că leziunile corespund mai multor puncte din tabelul dat (p.1-12), mărimea indemnizației se va stabili în baza punctului cu procentul maximal.

Tabelul indemnizațiilor în hipotermii

Caracterul leziunii		Gradul de degerare			
		I	II	III	IV
		Cuantumul indemnizației în % din suma asigurată			
1	Unui pavilion auricular	3	10	20	25
2	Ambelor pavilioane auriculare	7	25	40	50
3	Nasului	3	10	20	30
4	Obrazului	3	10	15	20
5	Degetele mâinii: Degetul 1 (mare) la nivelul: - falangei distale - articulației interfalangiene - articulației falango-carpene - osului carpian - degetul 2, falangei distale - articulației interfalangiene distale și falangei medii - articulației interfalangiene proximale și falangei bazale - articulației falango-carpene - osului carpian Degetele 3, 4 și 5 la nivelul: - falangei distale, falangei medii, articulației interfalangiene proximale - falangei bazale, osului carpian Mâinii propriu-zise la nivelul articulației radiocarpene și mai sus	1 2 3 5 1 2 3 4 5 1 2	2 3 5 7 2 3 5 7 8 2 3	3 5 7 10 3 5 7 10 12 3 5	5 10 12 15 5 7 10 13 15 5 10
6	Mâna dreaptă Mâna stângă Degetele piciorului Degetul 1 la nivelul	10 5	20 15	30 25	60 55
7	- falangei unghiale - falangei bazale - osului tarsian Degetele 2,3,4, și 5 la nivelul - falangelor mediale și distale - falangei bazale - osului tarsian Plantei la nivelul - oaselor metatarsului, talusului și calcaneului - articulației talocrurale și mai sus	1 2 3 1 2 3 10 15	2 3 6 2 3 5 20 25	3 6 10 3 4 7 30 35	5 10 14 4 6 9 50 55

Notă:

- La degerarea de grad IV al mîinii stîngi, mărimea indemnizației se diminuează:
 - * la refrigerarea degetului 1 - cu 3 %
 - * la refrigerarea degetului 2 - cu 2 %
 - * la refrigerarea degetelor 3,4, și 5 - cu 1 %
- La degerarea mai multor degete, sau a ambelor mâini ori plante, mărimea indemnizației se va calcula prin sumare (însă nu mai mult de 100% din suma asigurată).