

DECLARAȚIE PRIVIND LISTA PRINCIPALELOR PRESTĂRI DE SERVICII SIMILARE ÎN ULTIMII ANI (F3.5)

CA "Asteria Grup" SA

Subsemnatul, reprezentat împuternicit al CA "Asteria Grup" SA, amplasat pe adresa mun. Chișinău, str. București, 81, declar pe propria răspundere, sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice ca datele prezentate în tabelul anexat sunt reale.

Susemnatul declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte în fiecare detaliu și înțeleg că Beneficiarul are dreptul de a solicita, în scopul verificării și confirmării declarațiilor, situațiilor și documentelor care însoțesc oferta, orice informații suplimentare în scopul verificării datelor din prezenta declarație.

Susemnatul autorizez prin prezenta orice instituție, societate comercială, bancă, alte persoane juridice să furnizeze informații reprezentanților autorizați ai Băncii Naționale a Moldovei, cu privire la orice aspect tehnic și financiar în legătură cu activitatea noastră.

Lista principalelor livrări de bunuri similare:

Nr. crt.	Numărul și obiectul contractului/Titulul serviciilor prestate	Scopul prestării serviciilor	Tip și Producătorul echipamentelor sau deservite în cadrul contractului	Calitatea în care a participat la îndeplinirea contractului	Procent îndeplinit de către Ofertant	Denumirea/adresa /Web a Beneficiarului	Perioada de derulare a contractului	Pretul total al contractului în MDL
1	Nr. AS2019-05, conform contractului de asigurare benevolă a sănătății	Achiziționarea serviciilor de asigurare benevolă a sănătății	Conform contractului	Contractant unic	100%	ICS "Gilat Satellite Networks" S.R.L.	01.04.2019-31.03.2020	567 950,00
2	Nr. AS2018-02, conform contractului de asigurare benevolă a sănătății	Achiziționarea serviciilor de asigurare benevolă a sănătății	Conform contractului	Contractant unic	100%	Ambasada României în Republica Moldova	01.02.2018-31.12.2018	937 358,00

Data completării: 11/06/2019

Administrator al
CA „Asteria Grup” SA
Anatolie BANTAȘ



Contract
de asigurare benevolă a sănătății
AS 2018 – 02 din 31.01.2018

m. Chișinău

Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA, numită în continuare **“Asigurător”**, reprezentată prin **Directorul General dl Anatolie Bantaș**, care activează în baza Statutului Companiei de asigurări, pe de o parte

și
Amplasadorul **El Ioniță**, care activează în baza Statutului pe de altă parte, denumite de comun **Părți**, au încheiat prezentul Contract, care prevede:

I. OBIECTUL ASIGURĂRII FACULTATIVE A SĂNĂTĂȚII

1.1. Obiectul asigurării benevole a sănătății îl constituie interesul patrimonial al persoanei asigurate, care prevede achitarea de către Asigurător a cheltuielilor legate de asistența medicală prestată acesteia la survenirea cazului de asigurare.

1.2. Asigurătorul, în baza prezentului contract de asigurare și a Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății (anexa nr.1), garantează organizarea acordării asistenței medicale calificate și oportune în Instituțiile medicale indicate în Contractul de asigurare, în conformitate cu programul de asigurare solicitat de Asigurat la încheierea Contractului de asigurare (parte integrantă a contractului de asigurare) în limita sumei de asigurare indicată în polița de asigurare sau în altă Instituție medicală din republică, unde la survenirea cazului de asigurare persoana asigurată a fost internată de urgență.

NOTĂ: Volumul concret al serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate este stabilit în programul de asigurare (anexa nr. 2). Serviciile medicale sunt prestate în modul stabilit de Schema tehnologică de prestare a serviciilor medicale (Anexa nr. 3).

1.3. **Caz asigurat:** boală acută, acutizarea bolii cronice, accident (traumă, arsură, otrăvire ne infecțioasă), survenite în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, a cărui producere necesită acordarea asistenței medicale prevăzute de Programul de asigurare în instituțiile medicale, indicate în polița de asigurare sau în oarecare altă instituție medicală din Republica Moldova, unde persoana asigurată a fost internată de urgență.

1.4. La apariția contradicțiilor între prevederile Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății și prezentul Contract se aplică prevederile Contractului de asigurare.

II. RĂSPUNDEREA ASIGURĂTORULUI SI RISCUL ASIGURAT

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

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

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

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

III. SUMA ASIGURATA. PRIMA DE ASIGURARE ȘI ORDINEA ACHITĂRII EI.

3.1. Prima de asigurare este determinată de către Asigurător de comun acord cu Asiguratul pentru fiecare persoană asigurată în parte, în corespundere cu prevederile p.5.2. al Condițiilor de asigurare și este stipulată în polița de asigurare.

Lista persoanelor asigurate este parte integrantă a contractului de asigurare (anexa nr.4) în care sunt indicate numele și prenumele persoanei asigurate, programul de asigurare, numărul cardul de acreditare cu data emiterii acestuia, prima și suma de asigurare pentru fiecare persoană asigurată.

3.2. Suma totală de asigurare contractată **290 288 EURO (5.921.667 MDL) (11 luni).**

3.3. În baza prezentului Contract de asigurare de servicii medicale vor beneficia 76 persoane și membrii familiilor acestora în cadrul în instituțiile medicale private **MEDPARK, Centrul Diagnostic German, NOVAMED, TERAMED, Galaxia, Synevo, Eurolab, Prosano, ON Clinic** și instituțiile medicale publice republicane ale **ACSR AG RM** la suma de asigurare de 85.000 MDL /persoană



3.4. Mărimea primei de asigurare contractată pentru deservirea a 76 persoane asigurate (perioada 01.02 – 31.12. 2018) va constitui **45,284 EURO (937.358 MDL)** sau **596 EURO (12 158 MDL)** per persoană.

Pe parcursul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare de servicii medicale conform programului de asigurare vor putea beneficia încă 4 noi angajați și/sau membrii familiilor acestora fără achitarea unei prime de asigurare suplimentare. În cazul micșorării numărului de asigurați, sub numărul de 76, prima de asigurare trimestrială

va scădea proporțional cu persoanele retrase din asigurare și concretizată printr-un act adițional la prezentul contract.

Plata primei de asigurare va fi achitată în contul Asigurătorului în lei moldovenești, calculată la cursul oficial al BNM la data plății primei contractate după cum urmează:

- prima tranșă – **11.321 EURO până la 28.02.2018;**
- tranșa a doua – **11.321 EURO până la 28.05.2018;**
- prima treia – **11.321 EURO până la 28.08.2018;**
- tranșa a patra – **11.321 EURO până la 28.10.2018.**

3.5. Contractul intră în vigoare începând cu orele 00:00 ale zilei care urmează după semnarea contractului de către ambele părți.

3.6. Persoanelor asigurate în ziua semnării contractului l-i se remite polița de asigurare.

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

3.8. Dacă în decursul perioadei de asigurare persoanelor asigurate le-au fost acordate servicii medicale în volum de până la 60% din prima totală achitată de Asigurat, iar de la momentul expirării perioadei de asigurare până la reîncheierea Contractului de asigurare pentru o nouă perioadă de asigurare au trecut nu mai mult de 30 zile calendaristice, Asiguratului i se acordă înlesniri conform p.6.16. din Condițiile de asigurare.

IV. TERMENUL DE VALABILITATE, REZILIEREA, SUSPENDAREA ȘI REÎNTOIEREA CONTRACTULUI

4.1. Contractul de asigurare este încheiat pentru perioada 11 luni, și perioada de asigurare, și răspunderea Asigurătorului începe :

de la ora 00,00 a zilei de 01.02 2018 până la ora 24,00 a zilei de 31.12.2018.

În cazul în care nici una din părți nu va înainta propunerea de reziliere sau modificare a Contractului cu preaviz de 30 zile, Contractul poate fi prelungit, prin act adițional, pentru încă o perioadă de maxim 3 luni.

4.2. Contractul de asigurare poate fi reziliat, suspendat sau prelungit, prin act adițional, conform prevederilor stipulate în Legislației în vigoare.

4.3. Încetarea și modificarea contractului – conform legislației în vigoare a Republicii Moldova și României.

V. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

5.1. Asiguratul are dreptul:

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

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

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

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

5.1.5. Să suspende răspunderea Asigurătorului pe Contractul de asigurare, informând Asigurătorul în scris în acest sens cu o anticipație de 30 zile.

5.1.6. Să achite primele de asigurare în rate sau unic, în conformitate cu p.3.4. al prezentului contract.

5.2. Persoana asigurată are dreptul:

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

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

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

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

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

- cardul de acreditare (copia);
- Adeverință de la locul de muncă (original).

5.3. Asigurătorul are dreptul:

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

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

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

5.3.4. Să stabilească prima de asigurare.

5.4. Asiguratul este obligat:

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

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

5.4.3. Să asigure păstrarea documentelor aferente Contractului de asigurare.

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

5.4.5. Să absolve medicii Instituțiilor medicale de obligația de a păstra confidențialitatea față de reprezentanții CA „ASTERRA GRUP” SA în raport cu starea sănătății persoanelor asigurate.

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

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

5.5. Persoana asigurată este obligată:

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

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

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

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

5.6. Asiguratul este obligat:

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

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

5.6.3. Să aducă Condiții de asigurare la cunoștința Asiguratului.

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

5.6.5. Să achite serviciile medicale în conformitate cu Contractul de asigurare.

5.6.6. Să garanteze:

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

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

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

5.6.7. În cazurile când persoana asigurată a achitat personal costul serviciilor medicale prestate în baza

la prezentarea documentelor necesare (p.7.5 al prezentului contract), să restituie cheltuielile suportate.

VI. CONDIȚII GENERALE

Beneficiara polițelor de asigurare, emise în conformitate cu prezentul Contract încetează concomitent Contractului de asigurare.

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

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

6.4. Toate anexele prezentului Contract sunt parte integrantă a acestuia, fără de care prezentul Contract se consideră nul.

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

6.6. Am luat cunoștință cu Condițiile de asigurare facultativă a asistenței medicale, le accept, un exemplar al cărora mi-a fost înmănat.

VII. ORDINEA ÎNDEPLINIRII OBLIGAȚIUNILOR FAȚĂ DE PERSOANELE ASIGURATE

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

7.2. Asistența medicală prevăzută în Contractul de asigurare este prestată persoanei asigurate conform schemei tehnologice (Anexa nr.3), la adresarea acesteia la Instituția medicală indicată în polița de asigurare cu prezentarea acesteia, însoțită de cardul de acreditare a persoanei în cauză.

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

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

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

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

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

VIII. ORDINEA SOLUȚIONĂRII LITIGIILOR

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

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

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

Partea căreia îi este înaintată pretenția, are obligația ca în timp de 7 zile să răspundă la cerințele

IX. DISPOZIȚII FINALE

9.1. Partea are dreptul să cesioneze drepturile și obligațiile sale conform prezentului contract, terțelor persoane, doar cu acordul în scris al celeilalte părți.

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

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

9.4. Toate anexele sunt parte integrantă a prezentului contract.

9.5. Părțile asigură confidențialitatea prevederilor prezentului contract de asigurare, inclusiv privind datele cu caracter personal ale persoanelor asigurate, precum și motivele solicitării serviciilor medicale, prestate conform Programului de asigurare. Pentru încălcarea acestor prevederi Părțile poartă răspundere conform legislației Republicii Moldova.

X. ADRESELE JURIDICE ALE PĂRȚILOR

ASIGURĂTORUL

Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA

m. Chișinău, st. București, 81

IBAN: MD29EN000000222465691895

BC "ENERGBANK", SA, fil. Centru

c/b ENEGMD22895

c/f 1007600073998

tel. 022 271758



Anatolie Bantaș

ASIGURATUL

m. C

IBAN: ML

BC Banca

c/b F

c/f

tel.



Avizet:

economist pr.

a/m

10

Contract
de asigurare benevolă a sănătății
AS 2019 – 05 din 15 martie 2019

m. Chișinău

Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA, numită în continuare **“Asigurător”**, reprezentată prin Directorul General **dl Anatolie Bantaș**, care activează în baza Statutului Companiei de asigurări, pe de o parte

și
Administratorul **DI Alexander Shimelmits**, care activează în baza Statutului pe de altă parte, denumite de comun acord **Părți**, au încheiat prezentul Contract, care prevede:

I. OBIECTUL ASIGURĂRII FACULTATIVE A SĂNĂTĂȚII

1.1. Obiectul asigurării benevole a sănătății îl constituie interesul patrimonial al persoanei asigurate, care prevede achitarea de către Asigurător a cheltuielilor legate de asistența medicală prestată acesteia la survenirea cazului de asigurare.

1.2. Asigurătorul, în baza prezentului contract de asigurare și a Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății (anexa nr.1), garantează organizarea acordării asistenței medicale calificate și oportune în Instituțiile medicale indicate în Contractul de asigurare, în conformitate cu programul de asigurare solicitat de Asigurat la încheierea Contractului de asigurare (parte integrantă a contractului de asigurare) în limita sumei de asigurare indicată în polița de asigurare sau în altă Instituție medicală din republică, unde la survenirea cazului de asigurare persoana asigurată a fost internată de urgență.

NOTĂ. Volumul concret al serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate este stabilit în programul de asigurare (anexa nr. 2). Serviciile medicale sunt prestate în modul stabilit de Schema tehnologică de prestare a serviciilor medicale (Anexa nr. 3).

1.3. **Caz asigurat:** boală acută, acutizarea bolii cronice, accident (traumă, arsură, otrăvire ne infecțioasă), survenite în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, a cărui producere necesită acordarea asistenței medicale prevăzute de Programul de asigurare în instituțiile medicale, indicate în polița de asigurare sau în oarecare altă instituție medicală din Republica Moldova, unde persoana asigurată a fost internată de urgență.

1.4. La apariția contradicțiilor între prevederile Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății și prezentul Contract se aplică prevederile Contractului de asigurare.

II. RĂSPUNDEREA ASIGURĂTORULUI ȘI RISCUL ASIGURAT

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

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

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

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

III. SUMA ASIGURATA. PRIMA DE ASIGURARE ȘI ORDINEA ACHITĂRII EI.

3.1. Prima de asigurare este determinată de către Asigurător de comun acord cu Asiguratul pentru fiecare persoană asigurată în parte, în corespundere cu prevederile p.3.2. al Condițiilor de asigurare și este stipulată în polița de asigurare.

Lista persoanelor asigurate este parte integrantă a contractului de asigurare (anexa nr.4) în care sunt indicate numele și prenumele persoanei asigurate, programul de asigurare, numărul cardul de acreditare cu data emiterii acestuia, prima și suma de asigurare pentru fiecare persoană asigurată.

3.2. Suma totală de asigurare contractată **4 810 000 MDL**.

3.3. În baza prezentului Contract de asigurare de servicii medicale vor beneficia **74** persoane în cadrul instituțiilor medicale private: **MEDPARK, Centrul Diagnostic German, NOVAMED, TERAMED, AdlerMedical, Galaxia, Synevo, Sante, Prosano** și instituțiile medicale publice republicane ale **ACSR AG RM** și alte instituții medicale indicate, în polița de asigurare la suma de asigurare de **65 000 MDL/persoană**.

3.4. Mărimea primei de asigurare contractată pentru deservirea a **74** persoane asigurate va constitui **567 950 MDL** sau **7 675 MDL** per persoană.

Plata primei de asigurare va fi achitată în contul Asigurătorului în lei moldovenești, calculată la cursul oficial al BNM la data plății primei contractate după cum urmează:

- prima tranșă - 283 975 MDL până la 31.03.2019
- a doua tranșă - 283 975 MDL până la 31.05.2019

3.5. Contractul intră în vigoare începând cu orele 00:00 ale zilei care urmează după ziua încasării la contul de decontare al Asigurătorului a primei de asigurare.

3.6. Persoanei asigurate în ziua care urmează după ziua încasării primei de asigurare i se remite polița de asigurare.

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

3.8. Dacă în decursul perioadei de asigurare persoanelor asigurate le-au fost acordate servicii medicale în volum de până la 60% din prima totală achitată de Asigurat, iar de la momentul expirării perioadei de asigurare până la reîncheierea Contractului de asigurare pentru o nouă perioadă de asigurare au trecut nu mai mult de 30 zile calendaristice, Asiguratului i se acordă înlesniri conform p.6.16. din Condițiile de asigurare.

IV. TERMENUL DE VALABILITATE, REZILIEREA, SUSPENDAREA ȘI REÎNCHIEREA CONTRACTULUI

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

de la ora 00,00 a zilei de **01.04.2019** până la ora 24,00 a zilei de **31.03.2020**

In cazul în care nici una din părți nu va înainta propunerea de reziliere sau modificare a Contractului cu preaviz de 30 zile, Contractul va fi considerat prelungit cu aceleași condiții pe un termen prevăzut de legislația în vigoare.

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

4.3. Încetarea și modificarea contractului – conform legislației în vigoare a Republicii Moldova.

V. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

5.1. Asiguratul are dreptul:

5.1.1. Să ceară prestarea serviciilor medicale persoanelor asigurate, stipulate în Contractul de asigurare, în conformitate cu prezentele Condiții și programe de asigurare solicitate.

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

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

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

5.1.5. Să suspende răspunderea Asigurătorului pe Contractul de asigurare, informând Asigurătorul în scris în acest sens cu o anticipație de 30 zile.

5.1.6. Să achite primele de asigurare în rate sau unic, în conformitate cu p.3.4. al prezentului contract.

5.2. Persoana asigurată are dreptul:

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

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

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

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

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

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

5.3. Asigurătorul are dreptul:

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

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

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

5.3.4. Să stabilească prima de asigurare.

5.4. Asiguratul este obligat:

- 5.4.1. Să achite primele de asigurare în termenii stabiliți în Contractul de asigurare.
- 5.4.2. Să informeze Asigurătorul despre toate circumstanțele cunoscute lui, care sunt necesare pentru determinarea riscului asigurat, până la încheierea Contractului de asigurare.
- 5.4.3. Să asigure păstrarea documentelor aferente Contractului de asigurare.
- 5.4.4. Să ofere reprezentantului (medicului) Asigurătorului posibilitatea de a verifica starea sănătății persoanei asigurate.

5.4.5. Să absolve medicii Instituțiilor medicale de obligația de a păstra confidențialitatea față de reprezentanții CA „ASTERRA GRUP” SA în raport cu starea sănătății persoanelor asigurate.

5.4.6. Să aducă Condițiile de asigurare la cunoștința persoanelor asigurate.

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

5.5. Persoana asigurată este obligată:

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

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

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

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

5.6. Asigurătorul este obligat:

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

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

5.6.3. Să aducă Condiții de asigurare la cunoștința Asiguratului.

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

5.6.5. Să achite serviciile medicale în conformitate cu Contractul de asigurare.

5.6.6. Să garanteze:

- confidențialitatea informației care i-a fost cunoscută în cadrul activității sale. Obligația de păstrarea confidențialității subzistă și după încetarea contractului;
- prestarea serviciilor medicale către persoanele asigurate în altă Instituție medicală, în cazul imposibilității acordării asistenței medicale în Instituția medicală indicată în polița de asigurare;
- prestarea serviciilor medicale către persoanele asigurate în conformitate cu programele de asigurare solicitate, începând cu orele 00:00 de la data intrării primei de asigurare unice în contul Asigurătorului.

5.6.7. În cazurile când persoana asigurată a achitat personal costul serviciilor medicale prestate în baza Contractului de asigurare, la prezentarea documentelor necesare (p.7.5 al prezentului contract), să restituie persoanei în cauză cheltuielile suportate.

VI. CONDIȚII GENERALE

6.1. Valabilitatea polițelor de asigurare, emise în conformitate cu prezentul Contract încetează concomitent cu încetarea Contractului de asigurare.

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

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

6.4. Toate anexele prezentului Contract sunt parte integrantă a acestuia, fără de care prezentul Contract se consideră nul.

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

6.6. Am luat cunoștință cu Condițiile de asigurare facultativă a asistenței medicale, le accept, un exemplar al cărora mi-a fost înmănat.

VII. ORDINEA ÎNDEPLINIRII OBLIGAȚIUNILOR FAȚĂ DE PERSOANELE ASIGURATE

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

7.2. Asistența medicală prevăzută în Contractul de asigurare este prestată persoanei asigurate conform schemei tehnologice (Anexa nr.3), la adresarea acesteia la Instituția medicală indicată în polița de asigurare cu prezentarea acesteia, însoțită de cardul de acreditare a persoanei în cauză.

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

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

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

- buletin de identitate (**copia**)
- Certificatul de concediu medical (**copia**).
- Copia fișei de ambulator pe perioada de tratament, Extrasul - trimitere din Instituția medicală spitalicească (**original**), semnat de medicul curant și conducătorul Instituției medicale, confirmat prin sigiliile medicului curant și cel al Instituției medicale;

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

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

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

VIII. ORDINEA SOLUȚIONĂRII LITIGIILOR

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

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

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

8.4. Partea căreia îi este înaintată pretenția, are obligația ca în timp de 7 zile să răspundă la cerințele înaintate.

IX. DISPOZIȚII FINALE

9.1. Partea are dreptul să cesioneze drepturile și obligațiile sale conform prezentului contract, terțelor persoane, doar cu acordul în scris al celeilalte părți.

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

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

9.4. Toate anexele sunt parte integrantă a prezentului contract.

9.5. Părțile asigură confidențialitatea prevederilor prezentului contract de asigurare, inclusiv privind datele cu caracter personal ale persoanelor asigurate, precum și motivele solicitării serviciilor medicale, prestate conform Programului de asigurare. Pentru încălcarea acestor prevederi Părțile poartă răspundere conform legislației Republicii Moldova.

X. ADRESELE JURIDICE ALE PĂRȚILOR

ASIGURĂTORUL

Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA

m. Chișinău, st. București, 81

IBAN: MD29EN000000222465691895

BC "ENERGBANK", SA, fil. Centru

c/b ENEGMD22895

c/f 1007600073998

tel. 022 21 17 58

Director General

Anatolie Bantaș

ASIGURATUL

m. Chișinău,

IBAN:

BC „BCR” Chisinau, nr.2 sucursala

