

3.2. Suma asigurată pentru o persoană asigurată – angajat al Asiguratului, constituie – [REDACTED] MDL – pentru asigurații din categoria B.

	GRAWE [REDACTED] (MDL)
Suma asigurată totală pentru o persoană pentru un an	– [REDACTED] MDL
inclusiv:	
servicii de ambulatoriu	– până la [REDACTED] MDL
servicii de staționar	– până la [REDACTED] MDL
Controlul medical profilactic obligatoriu în conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății nr. 1013 din 16.12.2016 HG 1025, în cadrul instituțiilor publice raionale, republicane, municipale	– până la [REDACTED] MDL

3.3. Numărul persoanelor asigurate din categoria A este de [REDACTED] persoane și poate fi completat prin acordul scris al Părților pe parcursul termenului de valabilitate al Contractului (prin adăugarea și/sau excluderea persoanelor asigurate).

3.4. Numărul persoanelor asigurate din categoria B este de [REDACTED] persoane și poate fi completat prin acordul scris al Părților pe parcursul termenului de valabilitate al Contractului (prin adăugarea și/sau excluderea persoanelor asigurate).

3.5. Numărul total de persoane asigurate ale Asiguratului este de [REDACTED] persoane.

3.6. Suma de asigurare, conform prezentului Contract constituie – [REDACTED] MDL.

4. PRIMA DE ASIGURARE ȘI ORDINEA DE PLATĂ A PRIMELOR DE ASIGURARE

4.1. Prima de asigurare pentru o persoană asigurată din categoria A – angajat al Asiguratului, conform prezentului Contract constituie – [REDACTED] MDL.

4.2. Prima de asigurare pentru o persoană asigurată din categoria B – angajat al Asiguratului, conform prezentului Contract constituie – [REDACTED] MDL.

4.4. Prima de asigurare, conform prezentului Contract constituie – **595.900,00 (cinci sute nouăzeci și cinci mii nouă sute) MDL.**

4.5. Prima de asigurare, sau prima rată a acesteia se achită prin transfer la contul de decontare al Asigurătorului până la data de 01.08.2018.

4.6. Termenii de achitare a primei de asigurare:

Prima rată în mărime de 25% din Prima de asigurare, calculată conform punctului 4.4, până la 04.08.2018

A II-a rată în mărime de 25% din Prima de asigurare, calculată conform punctului 4.4, până la 04.11.2018.

A III-a rată în mărime de 25% din Prima de asigurare, calculată conform punctului 4.4, până la 04.02.2019.

A IV-a rată în mărime de 25% din Prima de asigurare, calculată conform punctului 4.4, până la 04.05.2019.

5. TERMENUL DE VALABILITATE AL CONTRACTULUI

5.1. Prezentul contract este încheiat pe termen de 12 luni, de la **04.08.2018 până la 03.08.2019.**

5.2. Contractul de asigurare intră în vigoare după plata de către Asigurat a primei de asigurare sau a primei rate a acesteia.

5.3. Prezentul contract de asigurare este valabil pe teritoriul Republicii Moldova.

5.4. În cazul neachitării primei de asigurare sau a ratelor acesteia, Asigurătorul este eliberat de obligația achitării despăgubirii de asigurare.

6. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

6.1. „Asigurătorul” se obligă:

6.1.1. Să familiarizeze Asiguratul cu programul de asigurare, cu lista maladiilor, acoperite prin programul de asigurare, cu lista instituțiilor medicale, care vor presta servicii medicale persoanelor

asigurate, cu ordinea acordării serviciilor medicale în instituțiile medicale, conform Programului de asigurare „GRAWE PLUS”.

6.1.2. Să asigure persoanele asigurate cu servicii medicale, prevăzute de Programul de asigurare care a fost ales.

6.1.3. Să elibereze persoanelor asigurate polițe de asigurare medicală în termen de 5 zile lucrătoare de la data achitării primei rate a primei de asigurare conform fiecărei liste și conform fiecărui acord adițional.

6.1.4. Să verifice volumul, termenii și calitatea asistenței medicale oferite persoanelor asigurate, inclusiv și la solicitarea Asiguratului.

6.1.5. Să achite persoanei asigurate și/sau Asiguratului, în volum deplin și în decurs de 15 zile lucrătoare de la primirea documentelor necesare la sediul central al Asigurătorului (or. Chișinău, str. Alexandru cel Bun 51) costul medicamentelor utilizate în Staționarul de zi sau în staționar, în cazul lipsei acestora la instituțiile medicale în limita sumei de asigurare pentru servicii de ambulatoriu sau staționar, respectiv.

6.1.6. În decurs de 15 zile lucrătoare de la primirea documentelor necesare la sediul central al Asigurătorului (or. Chișinău, str. Alexandru cel Bun 51), să compenseze cheltuielile, suportate de către persoanele asigurate, în cazul acordării lor a asistenței medicale, în instituțiile medicale private altele decât cele menționate în prezentul Contract și în corespundere cu Programul de asigurare ales în baza documentelor de confirmare prezentate (copii ale extraselor din fișa medicală a pacientului în care să fie expuse serviciile medicale acordate și anexat copia poliței medicale, bonul aparatului de casă sau chitanța pentru serviciile prestate), conform “Catalogului tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice” întărit prin Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011.

6.1.7. În cazul agravării stării sănătății a persoanei asigurate din vina instituției medicale, fapt confirmat de comisia specială formată din reprezentanții Asigurătorului, a instituției medicale și a experților independenți, cheltuielile de tratament și reabilitare a persoanei asigurate sunt acoperite de Asigurător până la recuperarea integrală. Achitarea serviciilor acordate de către comisia specială se va efectua din contul Asigurătorului.

6.1.8. Să soluționeze litigiile dintre persoanele asigurate și instituția medicală.

6.1.9. Să nu divulge informația care conține date obținute în cadrul încheierii prezentului contract de asigurare, cu excepția cazurilor prevăzute de legislația în vigoare.

6.1.10. În cazul perfectării polițelor la înlocuire a persoanelor asigurate - angajați ai Asiguratului, să efectueze recalcularea sumelor și primelor de asigurare ținând cont de perioada valabilității polițelor nou emise.

6.1.11. În cazul excluderii unui angajat din lista persoanelor asigurate prima de asigurare pentru perioada rămasă până la expirarea Contractului se restituie Asiguratului. În cazul dat, luna incompletă din perioada de asigurare utilizată se consideră drept completă. Prima de asigurare pentru perioada rămasă nu va fi restituită, dacă conform contractului dat au fost sau urmează a fi achitate despăgubiri.

6.1.12. În caz de refuz din partea instituției medicale în deservirea persoanei angajate din motive altele decât vina Asiguratului sau persoanei asigurate, Asigurătorul se obligă să soluționeze operativ cazul survenit, aplicând clauzele contractuale ale contractului de colaborare cu instituțiile medicale în cauză, sau oferind alternativă echivalentă în instituțiile medicale din Republica Moldova, pentru tratamentul medical calitativ al persoanei asigurate.

6.2. Asiguratul se obligă

6.2.1. Să prezinte Asigurătorului lista persoanelor asigurate în modul prevăzut, care constituie o parte integrantă a prezentului Contract.

6.2.2. Să prezinte Asigurătorului, o dată la 30 de zile calendaristice, după data de 15 a lunii care urmează după luna de gestiune modificările listei persoanelor asigurate cu indicarea informației: Nume și Prenume, Data Nașterii, IDNO. Modificările vor intra în vigoare în ziua următoare după recepționarea solicitării scrise specificata în solicitarea scrisă.

6.2.2. Să efectueze plata primei de asigurare, indicate în prezentul Contract.

6.2.3. Să familiarizeze persoanele asigurate cu lista instituțiilor medicale și lista serviciilor prestate conform programului de asigurare „GRAWE [REDACTED]”.

6.2.4. Să asigure semnarea de către persoanele asigurate a consimțământului privind prelucrarea datelor cu caracter personal (Anexa 5).

6.3. Persoana asigurată se obligă

6.3.1. Să nu transmită polița sa altor persoane.

6.3.2. Să urmeze indicațiile medicului curant.

6.3.3. Să urmeze prevederile regimului de programări la medicul curant, specialist din cadrul instituțiilor medicale din Anexa nr.3, cu excepția cazurilor de urgență.

6.3.4. Să nu încalce prevederile regimului de tratament, de spitalizare.

6.3.5. Să prezinte documentele confirmative pentru compensarea cheltuielilor, suportate de aceasta (pentru medicamente utilizate în Staționarul de zi sau în staționar în cazul lipsei acestora la instituțiile medicale, servicii acordate în procesul de deservire medicală), la oficiile Companiei de Asigurări în termen de maxim 1 (una) lună din momentul încheierii tratamentului aferent cazului asigurat. În cazul încălcării termenului dat, Asigurătorul își păstrează dreptul să fie absolvit de plata despăgubirilor de asigurare.

6.3.6. Să permită reprezentanților Asigurătorului accesul la informații cu privire la starea sănătății sale, inclusiv diagnosticul, lista investigațiilor efectuate la recomandarea medicului din cadrul instituției medicale.

6.3.7. Să coordoneze cu medicul-expert al Asigurătorului spitalizările planificate, expedind la adresa med@grawe.md copia cartelei medicale și copia biletului de trimitere/extras (formular O27/e).

6.4. Asiguratul are dreptul

6.4.1. Să solicite acordarea serviciilor medicale prevăzute de Programul de asigurare anexat la Contract.

6.4.2. Să readreseze Asigurătorului pretențiile persoanelor asigurate față de serviciile medicale prestate.

6.4.3. Asiguratul are dreptul să introducă schimbări în lista persoanelor asigurate eliminând din ea persoanele demisionate/eliberate/suspendate din funcție și introducând angajații noi. În cazul în care persoana asigurată exclusă nu a avut cazuri asigurate, polița de asigurare pentru angajatul nou va fi emisă fără perceperea vreunei plăți adiționale a primei de asigurare. În cazul în care persoana asigurată exclusă a avut cazuri asigurate, prima de asigurare pentru persoana dată se consideră consumată, iar pentru angajatul nou, Asiguratul urmează să achite prima de asigurare corespunzătoare perioadei ce își ia începutul din data includerii noului angajat în lista persoanelor asigurate și se finalizează la expirarea contractului de asigurare. Astfel, prima aferentă poliței de asigurare nou-emise se va calcula proporțional de la prima de asigurare anuală. În cazul demiterii unui angajat care nu a avut cazuri de asigurare fără a-l înlocui cu o nouă persoană, prima de asigurare neutilizată se va folosi în conformitate cu dorința Asiguratului, fie pentru achitarea unor polițe de asigurare noi, fie va fi returnată Asiguratului în termen de 14 zile de la comunicarea faptului despre încetarea relațiilor de asigurare în privința acelei persoane. În cazul calculului primei de asigurare, luna incompletă se consideră completă. Modificările asupra listei persoanelor asigurate se vor efectua o dată la 30 de zile calendaristice.

6.5. Asigurătorul are dreptul

6.5.1. Să încheie contracte cu instituțiile medicale pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate.

6.5.2. Să ceară transferarea la timp a primelor de asigurare în termenii stabiliți.

6.5.3. Să ceară retragerea poliței de asigurare de la persoana asigurată care încalcă regimul de tratament și, de asemenea, transmite polița de asigurare altei persoane pentru primirea serviciilor medicale, sau în cazul descoperirii unor date neautentice în documentele medicale prezentate drept anexă la cererea de despăgubire.

6.6. Persoana asigurată are dreptul

6.6.1. Să aleagă instituțiile medicale din „Lista instituțiilor medicale” (anexa nr. 3).

6.6.2. Să beneficieze de servicii medicale în conformitate cu Programul de asigurare Medicală benevolă „GRAWE [REDACTED]” (anexa nr. 1).

6.6.3. Persoana asigurată din *categoria A* - să beneficieze, în perioada de valabilitate a contractului, la survenirea cazului asigurat, de servicii de staționar și de ambulatoriu în cadrul instituțiilor medicale indicate în Anexa nr.3 la prezentul contract în limita sumei de asigurare pentru servicii medicale de staționar și/sau ambulatoriu respectiv. În cazul acordării asistenței medicale în instituțiile medicale private altele decât cele indicate în Anexa nr.3, „Asigurătorul” compensează cheltuielile suportate de Persoana asigurată în baza documentelor de confirmare prezentate (copii ale extraselor din fișa medicală a pacientului în care să fie expuse serviciile medicale acordate și anexat copia poliței medicale, bonul aparatului de casă sau chitanța pentru serviciile prestate) și conform “Catalogului tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice” întărit prin Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011.

6.6.4. Persoana asigurată din *categoria B* - să beneficieze, în perioada de valabilitate a contractului, la survenirea cazului asigurat, de 2 spitalizări pe an în spitalele de stat și de servicii de ambulatoriu în cadrul instituțiilor medicale indicate în Anexa nr.3 la prezentul contract în limita sumei de asigurare pentru servicii medicale. În cazul acordării asistenței medicale în staționar în instituțiile medicale private, „Asigurătorul” compensează cheltuielile suportate de Persoana asigurată în baza documentelor de confirmare prezentate (copii ale extraselor din fișa medicală a pacientului în care să fie

expuse serviciile medicale acordate și anexat copia poliței medicale, bonul aparatului de casă sau chitanța pentru serviciile prestate) și conform "Catalogului tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice" întărit prin Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011.

7. ALTE CONDIȚII

7.1. Sunt asigurate persoanele în vârstă de la 18 până la 75 ani.

7.2. În perioada valabilității contractului de asigurare Asiguratul are dreptul să efectueze modificări în lista persoanelor asigurate, cu remarca "concediat - angajat", despre care fapt este obligat să aducă la cunoștința Asigurătorului prin aviz oficial, o dată la 30 zile calendaristice, după data de 15 a lunii de gestiune.

7.3. În cazul în care Asiguratul are nevoie să asigure adăugător alți angajați, are dreptul la încheierea unui acord suplimentar.

7.4. În contractul de asigurare pot fi introduse modificări și completări prin coordonarea în scris.

8. MODIFICAREA, REZILIEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI

8.1. Modificarea contractului de asigurare se efectuează în interiorul termenului său de acțiune. Se perfectează în formă scrisă prin întocmirea de acorduri adiționale care după semnarea de ambele părți devin parte integrantă a contractului de asigurare.

8.2. Contractul de asigurare poate fi reziliat din inițiativă oricărei părți cu depunerea unei cereri de reziliere în scris la sediul Asigurătorului.

8.3. Rezilierea contractului de asigurare în temeiul punctului 8.2 are drept consecință încetarea protecției de asigurare din data expedierii la adresa indicată de Asigurat în contractul de asigurare a notificării de reziliere.

8.4. La rezilierea contractului de asigurare Asigurătorul restituie prima de asigurare pentru lunile complete până la expirarea contractului, reținând suma cheltuielilor de gestiune.

8.5. Restituirea primelor de asigurare prevăzute mai sus se efectuează numai în cazurile în care nu s-au plătit sau nu se datorează despăgubiri de asigurare.

8.6. Restituirea primei de asigurare se va efectua după depunerea unei cereri scrise la sediul Asigurătorului și restituirea de către Asigurat a polițelor de asigurare.

8.7. Contractul încetează de drept în următoarele cazuri:

- la neachitarea de către „Asigurat” a primei de asigurare în mărimea și în termenul stabilit;
- la expirarea termenului său de acțiune;
- la îndeplinirea de către „Asigurător” a obligațiilor contractuale;
- la lichidarea „Asiguratului” persoană juridică sau la decesul „Asiguratului” persoană fizică;
- la lichidarea „Asigurătorului”, în modul stabilit de legislație;
- în alte cazuri prevăzute de legislație.

9. DISPOZIȚII FINALE

9.1. Părți integrate ale prezentului Contract sunt următoarele anexe:

Anexa nr. 1 – Programul de asigurări medicale benevole „GRAWE [REDACTAT]”

Anexa nr. 2 – Lista persoanelor asigurate

Anexa nr. 3 – Lista instituțiilor medicale aferente programului „GRAWE [REDACTAT]”

Anexa nr. 4 – Lista maladiilor, cuprinse de programul de asigurare.

Anexa nr. 5 – Consimțământ-model privind prelucrarea datelor cu caracter personal

9.2. 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.

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

9.4. 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.

9.5. Partea căreia îi este înaintată pretenția, are obligația ca în timp de 30 zile să răspundă la cerințele înaintate.

9.6. Prezentul contract este perfectat în două exemplare, cu forță juridică egală, câte unul pentru fiecare parte.

9.7. Prin semnarea prezentului Contract, „Asiguratul” confirmă primirea tuturor anexelor la contractul de asigurare.

10. ADRESELE JURIDICE ALE PĂRȚILOR

“Asigurător”

Î.M. C.A. “GRAWE CARAT Asigurări” S.A.

cf. 1004601000125

Operator de date cu caracter personal

numărul 0000895-003

Chișinău, str. Alexandru cel Bun 51

BC Victoriabank SA fil. 26 Chișinău

Cod bancar: VICBMD2X469

IBAN: MDO4VI222400011331379MDL

tel. (022) 22-52-56; fax: (022)21-35-33;

"Asiguratul"

[REDACTED]

Cod fiscal-

BC "MOLDOVA-AGROINDBANK" S.A. [REDACTED]

[REDACTED]

IBAN: [REDACTED]

Director General

Veronica MALCOCI _____

L.S.

Director General

[REDACTED] _____

L.S.