

Moldasig.

Contractul AFAM/18 - 33 de asigurare facultativă a sănătății

mun. Chișinău

27 februarie 2018

Societatea de Asigurări "MOLDASIG", numită în continuare "Asigurător" reprezentată prin Directorul D-lui Vitalie Polivencu, care activează în baza procurii nr.145 din 26.12.2017, pe de o parte și [redacted] numită în continuare "Asigurat" în persoana Directorului [redacted] care activează în baza Statutului pe de altă parte, denumite de comun Părți, au încheiat prezentul Contract, care prevede:

I. OBIECTUL ASIGURĂRII FACULTATIVE A SĂNĂTĂȚII

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

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

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

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

II. RĂSPUNDEREA ASIGURĂTORULUI SI RISCUL ASIGURAT

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

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

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

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

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 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, ziua, luna și anul nașterii, programul de asigurare, seria și numărul buletinului de identitate, prima și suma de asigurare pentru fiecare persoană asigurată.

3.2. Suma totală de asigurare contractată constituie **2 220 000,00 (doua milioane doua sute douazeci mii, 00) lei.**

3.3. În baza prezentului Contract de asigurare de servicii medicale vor beneficia **60** persoane (anexa nr.4) după cum urmează:

3.3.1. În cadrul policlinicilor ACSR a Aparatului Guvernului RM și Spitalului Clinic Republican, Centrului Republican de Diagnosticare Medicală, și Centrul Consultativ Diagnostic „Centru”, *Clinica privată Galaxia, Clinica privată PROSANO, Clinica privată On Clinic, Clinica privată SANCOS, Clinica privată TerraMED, Clinica privată EUROLAB, Clinica privată SYNEVO, MEDPARK*, conform programului de asigurare „Servicii medicale de ambulator” și cu acordul comun al părților la prezența indicațiilor clinice respective, în alte Instituții medicale specializate la suma de asigurare de **15 500,00 lei/persoană.**

Răspunderea totală pe programul „*Servicii medicale de ambulator*” – **930 000,00 (noua sute treizeci mii, 00) lei.**

3.3.2. În cadrul secțiilor specializate ale Spitalului Republican al ACSR a Aparatului Guvernului RM, Spitalului Clinic Republican și cu acordul comun al părților, la prezența indicațiilor clinice respective, în alte spitale specializate de stat din Republică (Institutul de Cardiologie, Neurologie și Neurochirurgie, Traumatologie, Urgență,) conform programului de asigurare „*Servicii medicale de staționar*”, la suma de asigurare de **19 000 lei/persoană.**

Răspunderea totală pe programul „*Servicii medicale de staționar*”, – **1 140 000,00 (un million o suta patruzeci mii, 00) lei.**

3.3.3 Acoperirea de către Asigurător a cheltuielilor suportate de Persoana asigurată la utilizarea medicamentelor prescrise de medicul specialist și administrate în cadrul tratamentului ambulatoric în condițiile staționarului de zi al instituției medicale indicate în polița de asigurare și a medicamentelor prescrise de specialiștii Instituțiilor medicale indicate în polița de asigurare pentru tratamentul ambulatoric la domiciliu pînă la **2 500,00 lei de persoană.**

3.4. Mărimea primei de asigurare contractată pentru deservirea a **60** persoane asigurate va constitui **334 800,00 (trei sute treizeci și patru mii opt sute,00) lei** și se transferă la contul de decontare al Asigurătorului până la data de **01.03.2017.**

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

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

3.7. În cazul pierderii poliței de asigurare, Asiguratul va informa în scris Asigurătorul pentru a primi o poliță nouă. 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 Condiții.

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

4.1. Contractul de asigurare este încheiat pe un termen de 12 luni, ce coincide cu perioada de asigurare, și răspunderea Asiguratorului începe să curgă din ziua care urmează după ziua încasării la contul de decontare al Asiguratorului a primei de asigurare unice sau inițiale - prima tranșă (vezi prevederile p.3.4. al prezentului Contract) la contul de decontare al Asiguratorului.

Durata contractului: de la 27 februarie 2018 până la 26 februarie 2019.

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

4.3. În cazul în care una din tranșele primei de asigurare, cu excepția primei tranșe, nu este plătită în termenii stabiliți în p. 3.4 al prezentului Contract, Asiguratului i se acordă un termen privilegiat de 15 (cincisprezece) zile pentru achitarea ratei primei de asigurare ordinare, calculat din ziua indicată în contractul de asigurare ca dată a achitării ratei primei de asigurare ordinare.

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

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

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 programele de asigurare solicitate.

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

5.1.3. Să excludă din lista salariaților asigurați unele persoane asigurate, informând anticipat Asiguratorul 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 Asiguratorului o declarație în scris în acest sens, cu o anticipație de 30 zile.

5.1.5. Să suspende răspunderea Asiguratorului pe Contractul de asigurare, informând Asiguratorul în scris în acest sens.

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 Asiguratorului 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 asiguratorul despre acest fapt în termenii care permit implicarea asiguratorului pentru ași asigura ulterior servicii medicale calificate.

5.2.4. Să informeze Asiguratorul 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:

- Buletinul de identitate (copia);

- Adeverință de la locul de muncă (original).

5.3. Asiguratorul are dreptul:

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

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

5.3.3. Să rezilieze înainte de termen Contractului de asigurare:

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

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

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

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

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

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

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

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

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 Asiguratorul 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) Asiguratorului 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 S.A. "MOLDASIG" în raport cu starea sănătății persoanelor asigurate.

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

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

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

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

6.7. Am luat cunoștință cu Condițiile de asigurare facultativă a asistenței medicale, le accept, un exemplar al cărora mia 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 buletinul de identitate al 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:

- Buletinul de identitate (copia)

- Copia fișei de ambulator pe perioada de tratament, Extrasul - trimitere din Instituția medicală spitalicească (original sau copia), 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 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 a 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.

Asiguratul își exprimă în mod expres consimțământul ca Compania de Asigurări MOLDASIG S.A. să prelucreze datele Persoanelor Asigurate cu caracter personal, care sunt oferite de către Asigurat, în scopul executării prezentului contract.

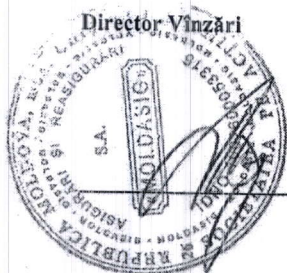
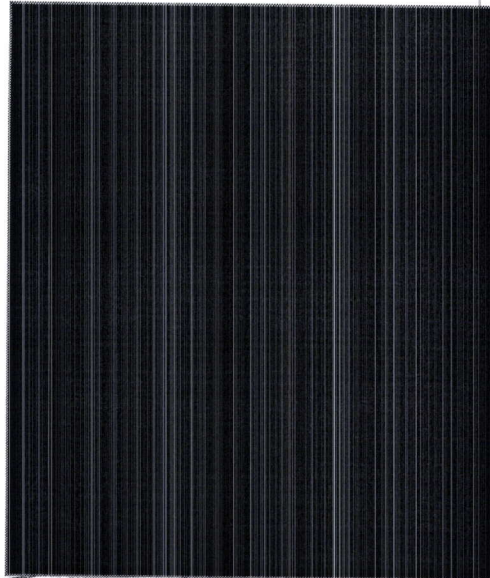
X. ADRESELE JURIDICE ALE PĂRȚILOR

Asigurătorul

Societatea de Asigurări
"MOLDASIG" S.A.

MD – 2009, Republica Moldova, mun. Chișinău
str. Vlaicu Piroalab, 63
IBAN:MD07ML00000002224509253
BC BC Moldova-Agroindbank SA, fil.27 Chișinău
c/b MOLDMD2X309
c/f 1002600053315
tel. 88 98 12; fax. 23 83 46

Asiguratul



Vitalie Polivencu

