

Serviciul Național de Management al Frecvențelor Radio

OFERTĂ de asigurare benevolă a sănătății

Stimate Doamne, Stimați Domni,

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

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

PROGRAM DE ASIGURARE

I. Programul de asigurare benevolă a sănătății include următoarele servicii medicale:

- **Servicii medicale în condiții de ambulator:** vizite curative, investigații diagnostice de laborator, investigații instrumental-diagnostice, tratamentul fizioterapeutic și masaj curativ, restituirea cheltuielilor suportate, asistență stomatologică de urgență, investigații radiologice, proceduri fizioterapeutice.
- **Servicii medicale prestate non-stop în mod de urgență:** asistență medicală de urgență; diagnostic și internare de urgență; transportarea cu ambulanța și tratamentul la camera de gardă a spitalelor.
- **Servicii medicale în condiții de spital:** spitalizarea cu condiții de cazare avansate, examinarea de laborator și instrumentală, operații urgente, planice, anestezie, alimentația pacientului, tratament fizioterapeutic, intervenții chirurgicale, costul medicamentelor, transport medical specializat.
- **Servicii stomatologice de urgență.**

II. Descrierea principalelor riscuri asigurate

Volumul riscurilor (cazurilor) asigurate:

- Boală acută;
- Acutizarea bolilor cronice somatice;
- Accidente: traumatisme, combustii, intoxicații.

III. Descrierea Condițiilor de restituire a cheltuielilor pentru medicamente

- Restituirea cheltuielilor suportate de persoana asigurată la procurarea medicamentelor prescrise de medicul curant și administrate în cadrul tratamentului de zi.
- Compensarea costurilor medicamentelor prescrise de medicul curant, tratament în condiții de ambulatoriu în limita de 2500 lei (perioada primelor 15 zile de tratament cu achitarea a

minimum 50 % din suma cheltuielilor declarate în cererea de despăgubire unde se vor anexa documentele care confirmă cheltuielile declarate, extrase medicale, rețete, bonuri de casă, etc.

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

1. Instituții medicale private:

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

2. Instituții medicale publice:

- IMS Policlinica ACSR a Cancelariei de Stat a RM
- IMS Spitalul ACSR a Cancelariei de Stat a RM,
- IMSP Asociația Medical Teritorială Centru,
- IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală,
- Spitalul Clinic Republican,
- Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF,
- Spitalul Clinic și Policlinica Ministerului Sănătății,
- IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie,
- IMSP Institutul Republican de Cardiologie,
- IMSP Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență,
- Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și - Copilului,
- Spitalul Sf. Arhanghelul Mihail,
- Spitalul Sf. Treime,
- Centrul Republican Experimental de Protezare, Ortopedie și Reabilitare,
- Spitalul Clinic Central Căii Ferate din Moldova Stația Chișinău.
- *Alte instituții medicale publice, solicitate de Asigurat.

Propunerea Tehnică

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

2. Riscurile de sănătate, excluse din asigurări :

1. Trauma, îmbolnăvirea sau otrăvirea și consecințele acestora, suportate de persoana asigurată în caz de:

- a) ebrietate alcoolică, narcotică sau toxică;
- b) participarea la acțiuni militare, tulburări în mase;
- c) tentativă de sinucidere, cu excepția cazurilor determinării la sinucidere.

2. Maladii oncologice;

3. Maladii sexual-transmisibile, SIDA;

4. Boli psihice;

5. Boli infecțioase, tuberculoza, sarcoidoza, mucoviscidoza, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;
6. Sarcină și complicațiile ei, avortul, nașterea și complicațiile lor;
7. Tratamentul patologiilor sexuale (impotența, sterilitatea);
8. Tratamentul stomatologic și ortodontic, cu excepția stărilor chirurgicale acute și sindromului algie;
9. Adresare în Instituția medicală pentru examen medical în scopul obținerii permisului de conducere al unităților de transport și de port-armă;
10. Alcoolismul, diabetul zaharat;
11. Aflare în staționar pentru simpla beneficiere de asistență de curatelă și reabilitare, inițiată de persoana asigurată;
12. Intervenții de chirurgie plastică și ortopedică, protezare dentară și ortodontică, în afara cazurilor care țin de corecție sau restabilire după accidente survenite în perioada de asigurare;
13. Utilizarea și ajustarea aparatelor medicale de corecție (dispozitive auditive și implanți auditivi, ochelari, linse de contact), tratamentul și investigațiile corespunzătoare;

3. Limita de despăgubire pe eveniment

- a) Limite de adresări după asistență ambulatorică (vizite) la medicii instituțiilor medicale –nu exista;
- b) Limite de spitalizări în instituțiile medicale - nu exista;
- c) Limite de investigații diagnostice de laborator și funcționale - nu exista.

Propunerea Financiară

Programul A - Suma asigurată per asigurat 25 000 MDL.

Programul B - Suma asigurată per asigurat 35 000 MDL

Programul de asigurare	Numărul asiguraților	Suma de asigurare anuală per colectiv MDL	Prima de asigurare anuală per colectiv MDL
A	39	975 000,00	110 760,00
B	13	455 000,00	73 840,00
TOTAL	52	1 430 000,00	184 600,00

V. Variante de programe de asigurare:

Programul A - Suma asigurată per asigurat 25 000 MDL, (anexa nr.1):

- Cu prestarea serviciilor de ambulator și serviciilor de staționar, cu acces la instituțiile medicale republicane și municipale cu indicarea primelor de asigurare per persoană pentru 39 persoane .
- Suma de asigurare totală per persoană - 25 000 lei ;**
Prima de asigurare totală per persoană – 2 840,00 lei.

Programul B - Suma asigurată per asigurat 35 000 MDL, (anexa nr.2):

- Cu prestarea serviciilor menționate la pct. 1) și serviciilor de ambulator cu acces la instituțiile medicale private cu indicarea primelor de asigurare per persoană pentru 13 persoane.
- Suma de asigurare totală per persoană - 35 000 lei ;**
Prima de asigurare totală per persoană – 5 680,00 lei.

VI. Altele :

- Plata primelor de asigurare se va face în lei.
- Achitarea plăților se va efectua la data întocmirii polițelor de asigurare.
- Politele de asigurare se vor întocmi în ordinea precizată de către autoritatea contractantă în baza unor comenzi ferme, în condițiile contractului care va fi încheiat cu ofertantul câștigător.
- Valabilitatea polițelor de asigurare facultativă este de 12 luni din data prevăzută în contractul de asigurare.

PROGRAMUL COMPLEX A

de asigurare benevolă a sănătății “ *Asistenta medicală cu prestarea serviciilor de ambulator și serviciilor de staționar, cu acces la instituțiile medicale republicane și municipale* ”

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

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

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

Volumul asistenței medicale acordate Persoanei asigurate la survenirea cazului asigurat:

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

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

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

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

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

1.5. Restituirea de către Asigurător a cheltuielilor suportate de Persoana asigurată la utilizarea medicamentelor prescrise de medicul curativ și administrate în cadrul tratamentului medicamentos în condițiile staționarului de zi, precum și administrate în cadrul tratamentului de ambulatoriu – **2 500 lei persoană**.

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

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

- diagnostica de urgență;
- asistența medicală de urgență;

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

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

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

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

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

3.4. Tratarea asiguraților de către medici cu grad înalt de calificare, cooptarea, la necesitate, a colaboratorilor catedrelor de medicină sau a specialiștilor principali ai altor instituții medicale;

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

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

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

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

Notă informativă.

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

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

PROGRAMUL COMPLEX B

de asigurare benevolă a sănătății “*Asistenta medicală cu prestarea serviciilor de ambulator și serviciilor de staționar, cu acces la instituțiile medicale republicane, municipale si private*”

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

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

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

Volumul asistenței medicale acordate Persoanei asigurate la survenirea cazului asigurat:

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

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

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

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

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

1.5. Restituirea de către Asigurător a cheltuielilor suportate de Persoana asigurată la utilizarea medicamentelor prescrise de medicul curativ și administrate în cadrul tratamentului medicamentos în condițiile staționarului de zi, precum și administrate în cadrul tratamentului de ambulatoriu – **2 500 lei persoană**.

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

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

- diagnostica de urgență;
- asistența medicală de urgență;

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

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

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

Notă informativă.

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

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