



Contract
de asigurare benevolă (facultativă) a sănătății
ASM 00024.2021 din 11.10.2021

m. Chișinău

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

și
ÎCS Le Bridge Corporation Limited SRL, numită în continuare **“Asigurat”** reprezentată prin Directorul **dl General Franck Charles Arif**, care activează în baza Statutului pe de altă parte, denumite de comun acord **Părți**, au încheiat prezentul Contract, numit în continuare **„Contract de asigurare”**, care prevede:

I. OBIECTUL ASIGURĂRII BENEVOLE (FACULTATIVE) A SĂNĂTĂȚII

1.1. Obiectul asigurării benevole (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, în baza prezentului contract de asigurare și a Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății (anexa nr.1), numite în continuare **„Condiții de asigurare”**, 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) și altele conform Anexei nr.2, 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.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, data nașterii, numărul personal, prima și suma de asigurare pentru fiecare persoană asigurată.

Numărul persoanelor asigurate este stabilit de către Asigurat și poate fi mai mic de 50% din numărul total al angajaților.

3.2. Suma totală de asigurare contractată **25 500 000,00 MDL.**

3.3. În baza prezentului Contract de asigurare de servicii medicale vor beneficia **340 persoane** în cadrul instituțiilor medicale private indicate în Anexa nr.3, inclusiv **MEDPARK, Centrul Diagnostic German, NOVAMED, TERAMED, AdlerMedical, Galaxia, Synevo, LACTEIA, PROMED, INVITRO**

Diagnostic, Prosano și instituțiile medicale publice republicane (Policlinica și Spitalul de Stat, Institutele de Cardiologie, Neurologie Urgență, Centrul de Diagnostic Medical) la suma de asigurare de 75 000 MDL/persoană.

3.4. Mărimea primei de asigurare contractată pentru deservirea a **340 persoane** asigurate va constitui per persoană și va fi achitată în contul Asigurătorului:

- Prima tranșă în sumă de
- A doua tranșă în sumă de
- A treia tranșă în sumă de
- A Patra tranșă în sumă de

3.5. Contractul intră în vigoare începând cu orele 00:00 ale zilei ce urmează după data semnării Contractului de asigurare cu condiția respectării achitării tranșelor conform punctului 3.4.

3.6. Persoanei asigurate 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 de către Asigurator 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, REZOLUȚIUNEA, SUSPENDAREA ȘI REÎNTOIEREA 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 semnării Contractului de asigurare cu condiția achitării de către Asigurat a primei de asigurare unice în conformitate cu orarul de plăți indicat în punctul 3.4:

de la ora 00,00 a zilei de 11.10.2021 până la ora 24,00 a zilei de 10.10.2022

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.

4.4. Dacă persoanele cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă și excluse din lista persoanelor asigurate au beneficiat de servicii medicale, pentru o altă persoană se va elibera o poliță de asigurare, pentru un termen de asigurare echivalent cu perioada de asigurare neexpirată la suma de asigurare nefolosită.

În cazul când pentru persoana în cauză va fi achitată o primă de asigurare suplimentară echivalentă cu costul serviciilor medicale achitate de Asigurator pentru persoana concediată, persoana în cauză va primi o poliță de asigurare anuală.

4.5 Persoanele cu care au fost încetate/suspendate 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.

În cazurile când în locul persoanelor cu care au fost încetate/suspendate raporturile juridice de muncă nu sunt angajate alte persoane, Prima de asigurare neutilizată (Pn) restituită Asiguratului constituie diferența dintre prima de asigurare achitată (Pa), cheltuielile de gestiune (Cg) ale Asiguratului (30% din prima de asigurare achitată) și cheltuielile suportate de Asigurator pentru persoana asigurată (Cs) la momentul încetării/suspendării raporturile juridice de muncă după formula:

$$Pn = Pa - (Cg + Cs)$$

Punctul 4.5 nu se aplică în cazul când Pn este negativ

4.6. Pentru persoana nou angajată se va achita o primă de asigurare proporțională perioadei de asigurare neexpirate, cu recalcularea proporțională a sumei de asigurare conform prevederilor p.6.14 din Condițiile de asigurare (5 luni – 65%; 4 luni – 60%; 3 luni – 55%; 2 luni – 50%, 1 luni – 45%).

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 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 reoluționeze unilateral 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 asigurătorul despre acest fapt în termenii care permit implicarea asigurătorului pentru a-și asigura ulterior servicii medicale calificate.

5.2.4. Să informeze Asigurătorul (direct sau prin intermediul Asiguratului) 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 prin intermediul Asiguratului o poliță nouă în cazul pierderii celei emise anterior

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 în punctul 3.4.

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 rezoluțiunea 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.

5.5.5. Să informeze Asiguratul/Asigurătorul despre cazurile de prestarea serviciilor medicale necalitative sau neconforme sau despre neexecutarea obligațiilor Părților contractante

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.

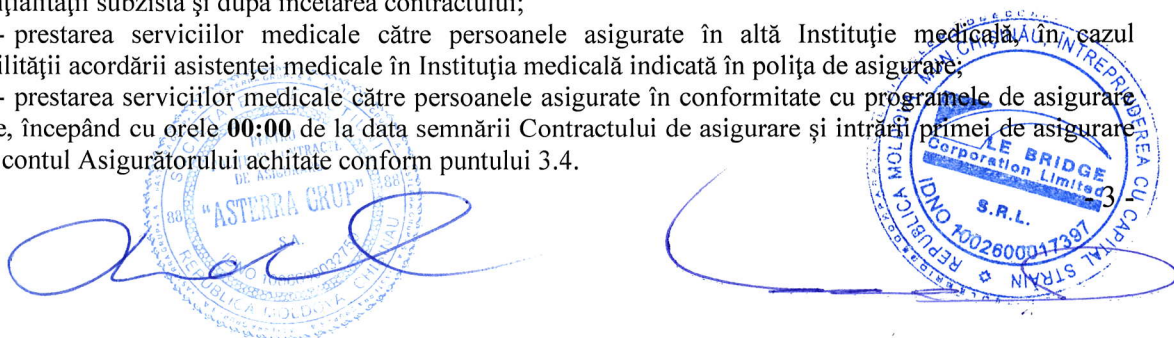
5.6.5. Să achite serviciile medicale în conformitate cu Contractul de asigurare.

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 semnării Contractului de asigurare și intrării primei de asigurare unice în contul Asigurătorului achitate conform punctului 3.4.



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.

5.6.8. În cazul rezoluțiunii de către Asigurat a Contractului de asigurare conform prevederilor punctului 5.1.4, să restituie Asiguratului prima de asigurare achitată minus cheltuielile suportate de Asigurător pentru persoana asigurată, în termen de 30 zile calendaristice de la momentul rezoluțiunii sau prima de asigurare să rămână în contul Asigurătorului fără a fi calculate cheltuielile de gestiune.

5.6.9. În cazul nerespectării termenilor de plată indicate în punctul 5.6.8. Asigurătorul va achita Asiguratului o penalitate în mărime de 0,1% din sumă pentru fiecare zi de întârziere.

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. Asigurătorul aduce la cunoștință Asiguratului Condițiile de asigurare facultativă a sănătății,

6.7. Punctul 4.8. din Condițiile de asigurare (Anexa nr.1) nu se aplică prezentului Contract de asigurare.

VII. ORDINEA ÎNDEPLINIRII OBLIGAȚIUNILOR FAȚĂ DE PERSOANELE ASIGURATE

7.1. Dreptul persoanei asigurate de a beneficia de serviciile medicale prevăzute în Contractul de asigurare parvine în conformitate cu punctul 5.6.6 al prezentului contract.

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.

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 după caz următoarele documente:

- buletin de identitate (**copie**)
- Certificatul de concediu medical (**copie**).
- Copia fișei de ambulator pe perioada de tratament, Extrasul - trimitere din Instituția medicală spitalicească (**copie**), semnat de medicul curant și conducătorul Instituției medicale, confirmat prin sigiliile (ștampila) 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, inclusiv legate de calitatea prestării serviciilor medicale către persoanele asigurate, se vor soluționa pe cale amiabilă, în cazul neaflingerii 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 cointereseată 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 înmânare. 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

C.A. „ASTERRA GRUP” SA

m. Chișinău, st. București, 81

IBAN: MD29EN000000222465691895

BC ”ENERGBANK”, SA, fil. Centru

c/b ENEGMD22895

c/f 1006600032750

tel. 022 21 17 58

Director General

Roman Andronic



ASIGURATUL

ÎCS Le Bridge Corporation Limited SRL

m. Chișinău, str. Varnița 6

IBAN: MD44AG000000022511450554

BC”Moldova-Agroindbank”SA

C/B AGRNMD2X

c/f :1002600017397

tel. 022 47 82 80

Director General

Franck Charles Arif



ПОЛТА
ПОЛИС
ДЕ ASIGURARE BENEVOLĂ A SĂNĂTĂȚII
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ASM 00024/223.2021

din 11.10.21

ICS Le Bridge Corporation Limited SRL

Contractantul
Страхователь

Persoana asigurată
Застрахованное лицо

Data nașterii Persoanei asigurate 24.06.1962

Denul de naștere al Persoanei asigurate

Identificatorul numărului de asigurare

Perioada de valabilitate a poliței de asigurare

Perioada de valabilitate a poliței de asigurare

Perioada de valabilitate a poliței de asigurare

de la ora 00,00 11. 10.2021 până la ora 24,00 10. 10.2022

Suma asigurată 65 000 MDL

Suma asigurată 65 000 MDL

Suma asigurată 65 000 MDL

Prima de asigurare - conform Contractului de asigurare

Страховой взнос в соответствии с Договором страхования

Riscuri asigurate

Застрахованные риски

1. Servicii medicale ambulatorie

Амбулаторные медицинские услуги

inclusiv:

1.1. Tratatament medicamentos la domiciliu

Медикаментозное лечение на дому

1.2. Servicii stomatologice de urgență, terapeuțice

Срочные, терапевтические стоматологические услуги

1.3. Control medical programat

Плановый медицинский контроль

2. Servicii medicale spitalicești

Испытательные медицинские

inclusiv:

в т.ч.

Servicii medicale de urgență

Срочная медицинская помощь

- în volumul sumei de asigurare,

в пределах страховой суммы,

inclusiv:

- în volumul sumei de asigurare

в пределах страховой суммы,

inclusiv:

- în volumul sumei de asigurare

в пределах страховой суммы,

inclusiv:

- în volumul sumei de asigurare

в пределах страховой суммы,

inclusiv:

PROG RAM

de asigurare benevola a sănătății în cadrul asigurărilor benevole ale sănătății

Servicii medicale policlinico-ambulatorie

- Vizite curative - diagnostice la medicul terapeut și la medicii specialiști de calificare înaltă ai (cardiolog, neurolog, ginecolog, gastroenterolog, oncolog, etc.).

- Investigații diagnostice de laborator (clinice, biochimice, serologice, imunologice, bacteriologice, citologice, teste alergologice, etc.).

- Investigații instrumentale - diagnostice ultrasonore, endoscopice, roentgenologice, EEG, colposcopia, EEG, Tomografie Computerizată, Rezonanța Magnetică Nucleară,

- Determinarea unui medic terapeut de calificare înaltă (medic de familie) sau a unui alt medic specialist (coordonator) pentru organizarea și prestarea serviciilor medicale primare și specializate.

- Tratatamentul fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut, care constituie un element suplimentar necesar al tratamentului medicamentos efectuat, la survenirea cazului asigurat.

- Acoperirea de către Asigurator a cheltuielilor suportate de Persoana asigurată la utilizarea medicamentelor prescrise de medicul specialist și administrate în cadrul tratamentului ambulatoric și în condițiile staționării de zi a instituției medicale indicate în polița de asigurare, inclusiv

COVID 19 - 2 500 MDL/persoană

- Asistența stomatologică de urgență, ce include consultația medicului stomatolog, înălțurarea durerii acute, efectuarea rentgenoscopiei (grafiei), extracția dinților afectați, deschiderea (operatori) și tratarea abceselor, flegronilor, și alte stări acute, folosind preparatele anestezice necesare, inclusiv servicii stomatologice planice până la suma de 2 000 MDL/persoană.

- Efectuarea unui control medical la CDG (consultații - 3, ECG cordului, ultrasonografia organelor interne, analizele sângelui și urinei) în prima lună de valabilitate a contractului de asigurare la suma de 950 MDL/persoană la Policlinica de Stat.

Servicii medicale prestate în mod de urgență

- sosirea brigăzii specializate a ambulanței;

- diagnostic de urgență;

- asistența medicală de urgență;

- internarea de urgență la prezența indicațiilor medicale în secții specializate ale SCMU sau într-o instituție medicală specializată din mun. Chișinău.

Tratament în condiții de staționat

- Spitalizarea asigurătorilor în saloane de 2-3 paturi cu condiții de cazare avansate.

- Examinarea complexă clinică - funcțională, de laborator și instrumentală în scopul stabilirii diagnosticului și prescrierii tratamentului eficient.

- Acordarea asistenței medicale în secția de terapie intensivă și reanimare, în secții specializate ale instituției medicale indicate în polița de asigurare.

- Tratarea asiguraților de către medicii cu grad înalt de calificare, coordonarea, la necesitate, a colaboratorilor catedrelor de medicină sau a specialiștilor principali ai altor instituții medicale.

- Administrarea preparatelor medicamentuoase necesare pentru tratamentul eficient al cazului asigurat, prescris de medicul curant, serviciilor și mărfurilor prestate în mod obișnuit de instituțiile medicale.

- Tratatment fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut ca un element suplimentar necesar la tratamentul medicamentos.

- Efectuarea intervențiilor chirurgicale, iar la prezența indicațiilor medicale, a intervențiilor chirurgicale reparative, care țin de înălțurarea consecințelor cazului de asigurare.

- Examinarea Persoanelor asigurate (efectuarea testelor clinice și de laborator, investigațiilor endoscopice, ultrasonore, computerizate, radiofizice și altice) la indicația medicului, în alte instituții medicale, dacă acestea nu pot fi efectuate în instituția medicală indicată în polița de asigurare

CONDIȚII DE ASIGURARE BENEVOLĂ A SĂNĂTĂȚII

Prezentele Condiții de asigurare benevole de sănătate sunt elaborate în conformitate cu Codul Civil al Republicii Moldova, Legea Republicii Moldova nr.407-XVI din 21.12.2006 „Cu privire la asigurări” și alte acte normative, subordonate celor normative ale Republicii Moldova.

I. Noțiuni generale

1. În scopul reglementării Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății (în continuare - Condiții), noțiunile utilizate au următoarele semnificații:

Asigurător – Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA, care în condițiile Legii Republicii Moldova nr.407-XVI din 21.12.2006 „Cu privire la asigurări”, în baza statutului și a licenței de activitate și în corespundere cu prezentele Condiții deține dreptul de a desfășura activitatea de asigurare facultativă a sănătății.

Asigurat - persoană fizică sau juridică, care a încheiat cu Asigurătorul un contract de asigurare benevolă a sănătății.

Persoana asigurată – persoană fizică, în favoarea căreia este încheiat Contractul de asigurare benevolă a sănătății.

Contract de asigurare benevolă a sănătății – act volitiv, încheiat benevol în baza Condițiilor între Asigurat și Asigurător, în favoarea sa, sau/și a unei terțe persoane, conform căruia, primul își asumă obligația să achite prima de asigurare stabilită în contract, iar al doilea își asumă obligația să organizeze prestarea serviciilor medicale prevăzute în contractul de asigurare și, la survenirea cazului asigurat, să achite (Instituției medicale, persoanei asigurate) plata pentru asistența medicală acordată persoanelor asigurate conform programelor de asigurare, anexate la contractul de asigurare.

Instituție medicală – instituție medico – sanitară publică sau privată din Republica Moldova sau de peste hotarele republicii, indicată în polița de asigurare, cu care Asigurătorul este în relații contractuale și care, la survenirea cazului asigurat, acordă persoanelor asigurate asistență medicală în volumul și ordinea prevăzută de contractul de asigurare.

Program de asigurare benevolă a sănătății – document, care determină volumul și nomenclatorul serviciilor medicale, prestate persoanelor asigurate de către instituțiile medicale conform Contractului de asigurare.

Caz asigurat – risc asigurat: accident (traumă, arsură, otrăvire ne infecțioasă), boală acută, acutizarea bolii cronice, prevăzut în contractul de asigurare, survenit în perioada de executare a contractului de asigurare, a cărui producere conferă asiguratului (persoanei asigurate) dreptul de a fi indemnizat sau despăgubit de asigurător și obligă asigurătorul să organizeze prestarea asistenței medicale conform programelor de asigurare și achitarea plăților pentru asistența medicală acordată persoanei asigurate de instituțiile medicale, indicate în polița de asigurare, iar în caz de asistență medicală acordată în mod de urgență – în oarecare altă instituție medicală din Republica Moldova, unde persoana asigurată a fost internată și a achitat parțial sau integral contra plată serviciile medicale prevăzute de contractul de asigurare.

Risc – este un eveniment inconvenient, posibil și viitor, care ar putea afecta sănătatea persoanei asigurate.

Risc asigurat – fenomen, eveniment sau grup de fenomene (accident (traumă, arsură, otrăvire ne infecțioasă), boală acută, acutizarea bolii cronice), prevăzute în Contractul de asigurare care, odată produse, pot genera prejudiciu sănătății persoanei asigurate.

Perioada de asigurare - perioada de timp indicată în contractul de asigurare și polița de asigurare în decursul căreia la survenirea cazului asigurat persoana asigurată beneficiază de asistență medicală conform programelor de asigurare, anexate la Contractul de asigurare.

Prima de asigurare – suma de bani, în valută națională, pe care Asiguratul este obligat să o plătească Asigurătorului, la eliberarea poliței de asigurare, în modul prevăzut de Contractul de asigurare, în schimbul preluării de către Asigurător a riscului asigurat.

Suma de asigurare – limita maximă de bani în valută națională a răspunderii Asigurătorului în cazul producerii cazului asigurat în limita căreia Asigurătorul garantează organizarea prestării serviciilor medicale și achitarea plăților pentru asistența medicală acordată persoanelor asigurate în conformitate cu programele de asigurare, anexate la Contractul de asigurare.

Polița de asigurare - certificat, forma căreia este stabilită de Asigurător și eliberată fiecărei persoane asigurate, în care sunt indicate denumirea părților contractante, numele și prenumele persoanei asigurate și vârsta acesteia, perioada de asigurare, programul de asigurare, solicitat de Asigurat, prima de asigurare, locul și termenul achitării acesteia, suma de asigurare, Instituția medicală, de serviciile căreia poate beneficia persoana asigurată, noțiunea de risc asigurat.



II. Subiectele asigurării

2..1. Subiectele asigurării benevole a sănătății sunt Asigurătorul, Asiguratul, persoana asigurată și Instituțiile medicale, care prestează serviciile medicale contractate și sunt indicate în polița de asigurare.

2..2. În baza prezentelor Condiții Asigurătorul încheie Contracte de asigurare cu Asiguratul și garantează persoanelor asigurate organizarea asistenței medicale și achitarea plăților pentru serviciile medicale prestate acestora în conformitate cu Contractul de asigurare.

2..3. Persoanele asigurate, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, pot fi persoanele fizice de orice vârstă.

III. Obiectul și riscurile asigurării benevole a sănătății

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

IV. Contractul de asigurare. Răspunderea Asigurătorului

4.1. Asigurătorul organizează acordarea asistenței medicale calificate și oportune în Instituțiile medicale indicate în polița de asigurare, în conformitate cu programele de asigurare, anexate la Contractului de asigurare, în limita sumei de asigurare indicate în polița de asigurare.

4.2. Prezentele Condiții, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, prevăd prestarea asistenței medicale în Instituțiile medico – sanitare publice sau private din Republica Moldova și de peste hotarele republicii, indicate în polița de asigurare, cu care Asigurătorul este în relații contractuale și care, la survenirea cazului asigurat, acordă persoanelor asigurate asistență medicală în volumul și ordinea prevăzută de Contractul de asigurare.

4.3. Volumul concret al serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate este stabilit în programele de asigurare, elaborate în baza prezentelor Condiții (parte integrală a Contractului de asigurare – **anexa 1**).

4.4. La solicitare Asiguratului, Asigurătorul poate elabora programe de asigurare care vor include servicii medicale suplimentare (servicii stomatologice planice, vaccinarea contra gripei umane, servicii medicale prestate după hotarele republicii, tratamentul maladiilor oncologice, diabetului zaharat, etc).

4.5. Mărirea primelor de asigurare pentru programele de asigurare, care prevăd acoperirea cheltuielilor medicale pentru servicii medicale prestate suplimentar celor prevăzute de programele de asigurare expuse mai sus sau prevăd excluderea unor servicii medicale din aceste programe este stabilită de către Asigurător de comun acord cu Asiguratul.

4.6. Asigurătorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, nu achită plata pentru cheltuielile de tratament ale persoanei asigurate, dacă:

a) Persoanei asigurate, fără acordul anterior al Asigurătorului, i-au fost acordate servicii medicale, care nu sunt prevăzute de programul de asigurare, indicat în polița de asigurare;

b) Persoanei asigurate, fără acordul Asigurătorului, i-au fost acordate servicii medicale în Instituțiile medicale, care nu sunt indicate în polița de asigurare, cu excepția cazurilor de urgență.

4.7. Asigurătorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, nu restituie Instituției medicale cheltuielile pentru serviciile medicale, acordate persoanei asigurate, în rezultatul următoarelor boli sau (și) complicațiile acestora (din momentul stabilirii diagnozei):

4.7.1. 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.

4.7.2. Maladii oncologice;

4.7.3. Maladii sexual-transmisibile, SIDA;

4.7.4. Boli psihice;

4.7.5. Boli infecțioase, tuberculoza, sarcoidoza, mucoviscidoza, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;

4.7.6. Sarcină și complicațiile ei, avortul, nașterea și complicațiile lor;

4.7.7. Tratamentul patologiilor sexuale (impotența, sterilitatea);

4.7.8. Tratamentul stomatologic și ortodontic, cu excepția stărilor chirurgicale acute și sindromului algic;

4.7.9. Adresare în Instituția medicală pentru examen medical în scopul obținerii permisului de conducere al unităților de transport și de port-armă, examenul medico-profilactic la care periodic sunt supuși angajații Asiguratului;

4.7.10. Alcoolismul, diabetul zaharat;

4.7.11. Aflare în staționar pentru simpla beneficiere de asistență de curatelă și reabilitare, inițiată de persoana asigurată;

4.7.12. 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;

4.7.13. Modificarea greutateii;

4.7.14. Utilizarea și ajustarea aparatelor medicale de corecție (dispozitive auditive și implantați auditivi, ochelari, linze de contact), tratamentul și investigațiile corespunzătoare;

4.7.15. Intervenție chirurgicală planificată a ochiului, cu scopul de a corecta astigmatismul, hipermetropia, miopia;

4.8. Asigurătorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, nu încheie Contracte de asigurare în favoarea persoanelor, care la momentul perfectării Contractului:

- Se află la tratament în condiții de staționar;
- Le este stabilit gradul de invaliditate;
- Se află la evidență în dispensarele narcologice, psihoneurologice, de fizioterapie, dermatovenerologice;
- Sunt HIV infectați sau bolnavi de SIDA.

Notă. În cazul solicitării includerii în programul de asigurare și achitarea cheltuielilor medicale suportate la tratamentul bolilor enumerate în p.p. 4.6 - 4.7. ale prezentelor Condiții prima de asigurare se va majora în dependență de serviciile medicale suplimentar incluse în programul de asigurare.

4.9. Asigurătorul nu poartă răspundere pentru cazurile de asigurare, survenite până la începerea și după expirarea perioadei de asigurare a Contractului de asigurare, precum și pentru perioada de suspendare a valabilității acestuia.

4.10. 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, dacă Contractul de asigurare nu prevede altceva, tratamentul ulterior în Instituția medicală specializată nu este plătit de către Asigurător.

V. Suma asigurată.

Prima de asigurare și ordinea achitării ei.

5.1 Suma asigurată în valută națională este stabilită de Asigurător de comun acord cu Asiguratul pentru fiecare persoană asigurată și este indicată în polița de asigurare.

5.2. Mărimea primelor de asigurare este calculată de Asigurător în baza tarifelor de asigurare în vigoare și depinde de termenul de asigurare, factorii de risc stabiliți de Asigurător (starea sănătății, vârsta, condițiile de muncă), numărul persoanelor asigurate, programele de asigurare și categoria Instituției medicale solicitate.

În cazul depistării la o persoană supusă asigurării (în baza declarației de sănătate) a unui sau câtorva factori de risc, prima de asigurare v-a **fi majorată**.

În acest caz se ia în calcul factorul de risc din cei prezenți în tabelul de mai jos, care are cel mai înalt coeficient, care se aplică în mod individual pentru fiecare persoană asigurată conform următoarelor tabele:

Factori de risc	Cuantumul coeficientului
1. Grupele de vârstă:	
până la 4 ani	2.0
de la 4 până la 14 ani	1.5
de la 15 până la 45 ani	1.0
de la 46 până la 55 ani	1.1
de la 56 până la 60 ani	1.2
de la 61 până la 65 ani	1.5
de la 66 până la 70 ani	1,8
de la 71 până la 75 ani	2.0
de la 76 până la 80 ani	3.0
de la 81 până la 85 ani	4.0
mai mult de 85 ani	5.0
2. Condiții nocive de muncă	1.5
3. Prezența bolilor cronice (cu excepția bolilor oncologice, diabetului zaharat, cirozei hepatice prezente la data semnării contractului de asigurare)	2.0
4. Prezența bolilor grave: Diabetul zaharat, ciroza hepatică, hepatite cronice decompensate, maladii oncologice maligne	3.0



5.3. La solicitarea Asiguratului prima de asigurare poate fi achitată prin virament la contul de decontare al Asiguratorului sau în numerar la casieria Asiguratorului în mod unic pentru toată perioada de asigurare sau în rate, dacă nu este altceva prevăzut de Contractul de asigurare.

NOTĂ: Prima unică sau prima inițială este achitată în decurs de cel mult 30 zile de la data semnării Contractului de asigurare.

5.4. Dacă prima de asigurare unică sau inițială (în cazul achitării acestei în rate) nu a fost achitată în decurs de 30 zile de la data semnării Contractului de asigurare, prima de asigurare stipulată în Contractul de asigurare poate fi majorată la discreția Asiguratorului (în cazul majorării în această perioadă a costului serviciilor medicale solicitate).

5.5. În cazul modificării în perioada de asigurare a prețurilor la serviciile medicale prestate persoanelor asigurate cu mai mult de 25%, Asiguratorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, are dreptul să modifice mărimea primei de asigurare, cu condiția că coeficientul de majorare al primei de asigurare inițiale, pentru perioada de asigurare ne expirată, nu va fi mai mare decât coeficientul de majorare a costului serviciilor medicale contractate.

5.6. Despre modificarea mărimii primelor de asigurare și termenul de aplicare a acestora, Asiguratorul îl notifică în scris pe Asigurat cu o anticipație de 30 zile.

5.7. La refuzul Asiguratului de a achita prima de asigurare suplimentară Asiguratorul are dreptul, după prestarea serviciilor medicale în limită de 70% din prima de asigurare achitată, să rezilieze sau să suspende răspunderea Asiguratorului și să anunțe Instituția medicală respectivă despre rezilierea sau suspendarea prestării serviciilor medicale cu o anticipație de 30 zile.

VI. Ordinea încheierii, termenul valabilității Contractului de asigurare

6.1. Pentru încheierea Contractului de asigurare Asiguratul va prezenta Asiguratorului o cerere depusă în scris.

6.2. Dacă asigurării colective este supus un colectiv mai mare de 50 salariați la cererea depusă (**anexa 2**) se anexează lista (**anexa 3**) salariaților, unde se indică numele și prenumele persoanelor supuse asigurării, data, luna și anul nașterii acestora, funcția, factorii nocivi de muncă (dacă persistă).

În acest caz factorii de risc sunt aplicați numai față de persoanele care la data încheierii Contractului de asigurare au mai mult de 60 de ani împliniți, precum și față de membrii familiilor persoanelor asigurate supuse asigurării (incluse în lista persoanelor asigurate ale Asiguratului), indiferent de vârstă.

6.3. Dacă asigurării colective este supus un colectiv mai mic de 50 salariați, după depunerea cererii de asigurare, fiecare salariat, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, v-a perfectat o anchetă-declarație a sănătății sau, la decizia Asiguratorului, poate fi supus controlului medical, achitat de către Asigurat.

În asemenea cazuri prima de asigurare va fi calculată cu aplicarea factorilor de risc stabiliți în p.5.2 din prezentele Condiții pentru fiecare persoană supusă asigurării.

În baza datelor prezentate, Asiguratorul adoptă decizia privind condițiile încheierii Contractului de asigurare.

6.4. Răspunderea Asiguratorului, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, începe să curgă cu orele 00:00 de la data intrării primei de asigurare unice sau inițiale în contul Asiguratorului.

În caz de neachitare a primei de asigurare unice sau a primei inițiale în decurs de 14 zile de la data semnării Contractului de asigurare, Contractul în cauză este reziliat cu un preaviz de 30 zile.

În caz de neachitare a primei de asigurare succesive în termenii stabiliți în Contractul de asigurare, răspunderea Asiguratorului pe Contractul de asigurare se suspendă din ziua imediat următoare celei de achitare, începând cu ora 00:00.

6.5. Fiecărui Asigurat, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, începând cu orele 00:00 de la data intrării primei de asigurare unice sau inițiale în contul Asiguratorului i se remite polița de asigurare.

6.6. În cazul asigurării din contul mijloacelor întreprinderii (organizației) numărul salariaților supuși asigurării este stabilit de Asigurat, dar nu poate fi mai mic de 50 % din numărul total al angajaților, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

6.7. Persoanele cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă sunt excluse din lista persoanelor asigurate din ziua informării Asiguratorului 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 Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

6.8. Dacă în cadrul asigurării colective prima de asigurare a fost achitată de către persoana cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă polița de asigurare a acesteia rămâne valabilă pentru toată perioada de asigurare cu achitarea serviciilor medicale în volum proporțional primei de asigurare achitate.



6.9. Persoana nou angajată poate achita o primă de asigurare proporțională perioadei de asigurare neexpirată, cu recalculearea proporțională a sumei de asigurare, pentru a beneficia de Contractul de asigurare.

6.10. Dacă prima de asigurare a fost achitată din contul Asiguratului, iar persoana asigurată 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 neexpirată, cu recalculearea proporțională a sumei de asigurare. Dacă persoana cu care au fost încetate raporturile juridice de muncă nu a beneficiat de servicii medicale prevăzute de Contractul de asigurare, pentru persoana nou angajată 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.

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

6.12. Contractul de asigurare poate fi încheiat pe o perioadă de la 6 luni până la 12 luni cu valabilitate pe teritoriul RM.

6.13. În cazurile asigurării familiale și individuale perioada de asigurare nu poate fi mai mică de 12 luni.

6.14. Mărimea primei de asigurare și răspunderea Asigurătorului se stabilesc în dependență de perioada de asigurare conform tabelului:

Perioada de asigurare	Procentul din prima de asigurare
6 luni	70
7 luni	75
8 luni	80
9 luni	85
10 luni	90
11 luni	95
12 luni	100

6.15. La expirarea perioadei de asigurare, Asiguratul poate solicita reîncheierea Contractului de asigurare, achitând prima de asigurare, conform tarifelor în vigoare la momentul depunerii cererii de reîncheiere a Contractului de asigurare.

6.16. 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 nou au trecut nu mai mult de 20 de zile calendaristice, la încheierea unui contract nou de asigurare, Asiguratului, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, pot fi acordate înlesniri conform tabelului:

Mărimea primei de asigurare cheltuită, %	Rabatul (în % din prima de asigurare achitată pentru contractul expirat, care apoi este exprimat sub formă bănească), care este scăzut din prima de asigurare, care urmează a fi achitată pe Contractul de asigurare re încheiat
Până la 5	50
6 – 10	45
11 – 15	40
16 – 20	35
21 – 25	30
26 – 30	25
31 – 35	20
36 – 40	15
41 – 45	12
46 – 50	10
51 – 55	7
56 – 60	5

6.17. La reîncheierea Contractului de asigurare, la calculul primei de asigurare factorii de risc stabiliți de medicii experți ai Asigurătorului, vor fi aplicați pentru fiecare persoană asigurată, indiferent de numărul salariatilor asigurați, conform p. 5.2.

6.18. Dacă Asiguratul va achita prima de asigurare în mod unic, pentru colectivul asigurat se vor achita numai 90% din prima de asigurare calculată pentru programele de asigurare solicitate.



6.19. În cadrul asigurării individuale, familiale a asistenței medicale, dacă pe parcursul primului an de asigurare nu a survenit și nu a fost deservit nici un caz de asigurare, pentru următorul an asigurat prima de asigurare calculată se micșorează, în dependență de factorii de risc, de la 10% până la 40%, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

VII. Încetarea și reînnoirea Contractului de asigurare

7.1. Contractul de asigurare încetează de drept prin acordul comun al părților, precum și:

- la neachitarea de către Asigurat a primei de asigurare în mărimea și termenul stabilit;
- la expirarea termenului său de acțiune;
- executării de către Asigurător a obligațiilor conform Contractului de asigurare în limitele sumei de asigurare prevăzută pentru fiecare Persoana asigurată;
- la lichidarea Asiguratului ca persoană juridică sau la decesul Asiguratului persoană fizică;
- la lichidarea Asigurătorului, în modul stabilit de legislație;
- în alte cazuri stabilite de legislație.

7.2. În cazul rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asiguratului, în baza unei declarații depuse în scris, acestuia i se restituie partea primei de asigurare proporțională perioadei de asigurare neexpirate, cu reținerea cheltuielilor de gestiune, calculate din prima totală de asigurare prevăzută în Contractul de asigurare.

7.3. În cazul rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asigurătorului, în baza unei declarații depuse în scris Asiguratului, acestuia i se va restituie partea primei de asigurare ne folosite, proporțională perioadei de asigurare neexpirate.

7.4. Asiguratul are dreptul în decurs de 30 zile din ziua rezilierii Contractului de asigurare din inițiativa Asigurătorului (neachitarea primei de asigurare) să reîncheie Contractul de asigurare la tarifele în vigoare la data încheierii Contractului reziliat, dar pe o perioadă ce nu va depăși perioada de asigurare a contractului reziliat. În acest caz Asiguratul este obligat să achite concomitent cu suma primei de asigurare restante și penalitatea în mărime de 0.2 % din prima de asigurare contractată pentru fiecare zi de întârziere a plăților succesive.

7.5. Contractul de asigurare reîncheiat intră în vigoare începând cu orele 00:00 de la data încasării în contul Asigurătorului a primelor restante și a penalității.

VIII. Nulitatea Contractului de asigurare

8.1. Contractul de asigurare este nul în cazurile prevăzute de legislație sau dacă a fost încheiat:

- a. în condiții care contravin legii cu privire la asigurări și/sau care defavorizează situația Asiguratului în raport cu legislația în vigoare;
- b. cu o persoană neautorizată să încheie contracte în numele Asigurătorului;
- c. după producerea evenimentului pentru care contractul de asigurare prevede plata despăgubirii de asigurare sau a indemnizației de asigurare.

IX. Drepturile și obligațiile Părților

9.1. Asiguratul are dreptul:

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

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

9.1.3. 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.

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

9.1.5. Să suspende răspunderea Asigurătorului pe Contractul de asigurare, informând Asigurătorul în scris în acest sens.

9.1.6. Să achite primele de asigurare în rate sau unic, în conformitate cu p.5.3. al prezentelor Condiții.

9.2. Persoana asigurată are dreptul:

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

9.2.2. 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.

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

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

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

- Buletinul de identitate (copie);



- Adeverință de la locul de muncă (original).

9.3. Asigurătorul are dreptul:

9.3.1. Să acorde Asiguratului un rabat, conform p. 6.16. al prezentelor Condiții.

9.3.2. Să refuze achitarea serviciilor medicale, în conformitate cu p.p. 4.6. - 4.7. ale prezentelor Condiții.

9.3.3. 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 privind volumul și costul serviciilor medicale declarate.

9.3.4. 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.

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

9.3.6. 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.

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

9.3.8. 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 ulterioare în declarația de sănătate sau în certificatul medical prezentat informație incorectă privind starea sănătății acesteia.

9.3.9. Să stabilească prima de asigurare.

9.4. Asiguratul este obligat:

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

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

9.4.3. Să asigure păstrarea documentelor aferente Contractului de asigurare.

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

9.4.5. Să absolve medicii Instituțiilor medicale de obligația de a păstra confidențialitatea față de Asigurătorului în raport cu starea sănătății persoanelor asigurate.

9.4.6. Să achite prima de asigurare suplimentară în cazurile majorării de către Instituția medicală a costului serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.

9.6.7. Să aducă prezentele Condiții la cunoștința persoanelor asigurate.

9.4.8. Să îndeplinească alte obligații prevăzute în prezentele Condiții și Contractul de asigurare.

9.5. Persoana asigurată este obligată:

9.5.1. 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.

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

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

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

9.6. Asiguratul este obligat:

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

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

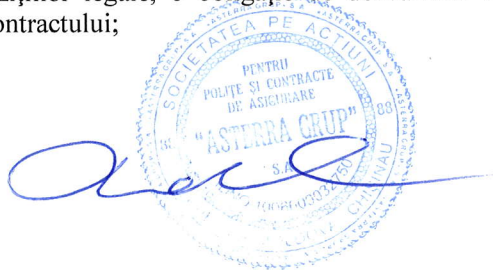
9.6.3. Să aducă prezentele Condiții la cunoștința Asiguratului.

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

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

9.6.6. 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 Asiguratorului.

9.6.7. În cazurile când persoana asigurată a achitat personal costul serviciilor medicale prestate în baza Contractului de asigurare, la prezentarea documentelor necesare (p.10.5 al prezentelor Condiții), să restituie persoanei în cauză cheltuielile suportate.

X. Ordinea îndeplinirii obligațiilor față de persoanele asigurate

10.1. Persoana asigurată are dreptul de a beneficia de serviciile medicale prevăzute de Contractul de asigurare prestate începând cu orele 00:00 de la data intrării primei de asigurare unice sau inițiale în contul Asiguratorului, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții.

10.2. Asistența medicală, prevăzută în Contractul de asigurare, se prestează persoanei asigurate la adresarea acesteia la Instituția medicală indicată în polița de asigurare cu prezentarea poliței de asigurare, însoțită de buletinul de identitate al persoanei în cauză.

10.3. Dacă la solicitarea serviciilor medicale prevăzute de Contractul de asigurare sau în cadrul prestării acestora, persoana asigurată nu este satisfăcută de calitatea serviciilor prestate sau de atitudinea neadecvată a lucrătorilor medicali, ea poate solicita audiența conducătorului Instituției medicale respective sau sună Asiguratorului la telefonul indicat în polița de asigurare.

10.4. Dacă din diverse motive, inclusiv în cazurile prestării asistenței medicale de urgență de către alte Instituții medicale din Republica Moldova, decât cele indicate în polița de asigurare, persoana asigurată a achitat parțial sau integral serviciile medicale prestate în baza Contractului de asigurare, Asiguratorul, după verificarea asistenței medicale prestate, va restitui persoanei asigurate în termen de 10 zile bancare de la data depunerii cererii de asigurare cheltuielile suportate, conform prevederilor p.10.5 din prezentele Condiții de asigurare benevolă a sănătății.

10.5. Pentru a-și restitui cheltuielile suportate la achitarea serviciilor medicale prevăzute de Contractul de asigurare, persoana asigurată va depune în adresa Asiguratorului o cerere, vizată de Asigurat, la care va anexa în original următoarele documente (în original sau copie după caz):

- Buletinul de identitate (**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.

10.6. După verificarea documentelor prezentate în p.10.5 al prezentelor Condiții, Asiguratorul restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate, confirmate anterior de medicii experți ai Asiguratorului.

10.7. Relațiile dintre Asigurator și Instituția medicală sunt stipulate în contractul încheiat între acestea.

XI. Condiții generale

11.1. Valabilitatea polițelor de asigurare, emise în conformitate cu Contractul de asigurare încetează concomitent cu încetarea valabilității acestuia.

11.2. Asiguratul împuternicește o persoană, un reprezentant pentru coordonarea relațiilor reciproce care reies Contractul de asigurare, despre care anunță Asiguratorul și Persoanele asigurate. Reprezentantul Asiguratului este în drept să primească de la Asigurator și să transmită persoanelor asigurate polițele de asigurare, să participe la regularizarea pretențiilor apărute.

11.3. Fiecare Partea are dreptul să cesioneze drepturile și obligațiile sale conform contractului de asigurare, terțelor persoane, doar cu acordul în scris a celeilalte părți.

11.4. Toate anexele la contractul de asigurare sunt parte integrantă a acestuia, fără de care Contractul de asigurare se consideră nul.

11.5. Condițiile de asigurare facultativă a sănătății sunt parte indispensabilă a contractului de asigurare în partea în care nu intră cu el în contradicție.

XII. Ordinea de soluționare a litigiilor

12.1. Litigiile apărute în legătură cu executarea contractului de asigurare 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.

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

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

12.4. Partea căreia îi este înaintată pretenția, are obligația ca în timp de 14 zile să răspundă la cerințele înaintate.



**Program
de asigurare benevolă a sănătății**

Programul de asigurare prevede acordarea asistenței medicale complexe (ambulatoriu, urgență și staționar) persoanelor asigurate la survenirea cazului asigurat în condiții confortabile, în instituții medicale, din cele indicate în polița de asigurare.

Caz asigurat se consideră agravarea stării sănătății Persoanei asigurate, care necesită acordarea asistenței medicale prevăzută de Program în cazurile survenirii în perioada de asigurare a:

- *Maladiilor acute;*
- *acutizării maladiilor cronice somatice: endocrine, imune, cardio-vasculare, ale sistemului nervos periferic, ale aparatului respirator, ale tractului gastro-intestinal, ale aparatului locomotor, ale aparatului genito-urinar;*
- *afecțiunilor acute oculare;*
- *afecțiunilor acute ORL;*
- *patologiilor chirurgicale acute;*
- *traumatismelor, accidentelor, combustii, intoxicațiilor, etc..*

Programul de asigurare asigură prestarea gratuită, de calitate înaltă a serviciilor medicale se ambulatoriu, de urgență și spitalicești, care prevăd:

Serviciile medicale prestate în condiții de policlinică:

- consultații ale medicului curant și medicilor specialiști;
- investigații diagnostice, inclusiv controlul radiologic, examenul ultrasonor al organelor interne, scintigrafia, scenografia organelor interne, investigații radioizotopice, endoscopie, ecografie, tomografia computerizată, rezonanța magnetică – nucleară, și altele;
- investigații de laborator (clinice și biochimice, imunologice și hormonale, markerii hepatitei virale și altele);
- *servicii ale Staționarului de Zi*, inclusiv tratament medicamentos, prescris de medicul curant sau medicul specialist, manopere, cheltuieli de cazare și alimentare;
- fizioterapie/terapie manuală (magnetoterapie, kinetoterapie, termoterapie, hidroterapie, gimnastică curativă până la 10 ședințe, per persoană per contract, inclusiv costul medicamentelor, soluțiilor indicate de medic, canule de unică folosință;
- masaj curativ până la 2 zone a câte 10 ședințe per zonă;
- RUV – până la 10 ședințe per persoană, per contract;
- manipulații (picurători, injecții intravenoase și intramusculare);
- intervenții de mică chirurgie efectuate în condiții de ambulatoriu (policlinică);
- servicii medicale aferente tratamentului maladiilor cronice în cazul agravării acestora;
- asistență medicală de urgență, inclusiv urgență medico-chirurgicală;
- chemarea medicului la domiciliu din Policlinica de STAT;
- chemarea ambulanței din Policlinica de STAT;
- Restituirea cheltuielilor suportate de Persoana asigurată la procurarea medicamentelor prescrise de medicul curativ și administrate în cadrul tratamentului de ambulatoriu (primele 14 zile de tratament) și la staționarul de zi, **inclusiv tratament COVID 19 – 2 500 lei/ persoană**.
- eliberarea certificatelor de concedii medicale, concluziilor medicale, îndreptărilor pentru examinări suplimentare la centre specializate, atât republicane cât și private.
- Asistență stomatologică de urgență și terapeutică, ce include consultația medicului stomatolog, înlăturarea durerii acute, efectuarea rentgenoscopiei (grafiei), extracția dinților afectați, deschiderea(operatorie) și tratarea abceselor, flegmoanelor, și alte stări acute, folosind preparatele anestezice de ultimă generație - **2 000 lei per persoană**



- Fiecare angajat asigurat va efectua un control medical programat gratuit (consultații, ECG cordului, ultrasonografia organelor interne, analizele sângelui și urinei, etc.) la suma de **950 lei** persoană în cadrul Policlinicii de stat.

- Fiecare angajat asigurat va putea efectua **un test** de diagnostic la **COVID 19** din contul poliței de asigurare la SYNEVO.

Serviciile medicale prestate în condiții de spital:

- spitalizări urgente și planice în saloane de 1-2 paturi cu condiții de cazare avansate;
- consultații ale medicului internist și medicilor specialiști;
- investigații diagnostice, inclusiv controlul radiologic, examenul ultrasonor al organelor interne, scintigrafia, scenografia organelor interne, angiografie, tomografia computerizată, rezonanța magnetico - nucleară (RMN), endoscopia, ecografia și altele;
- investigații de laborator – (clinice și biochimice, imunologice și hormonale, și altele);
- tratament terapeutic medicamentos prescris de medicul curant;
- operații urgente și planice cu aplicarea celor mai moderne tehnologii de operare, inclusiv laparoscopice;
- anestezie (locală, generală);
- folosirea saloanelor de spital, sălilor de operații, sălilor de reanimare și terapie intensivă, utilajului medical;
- materiale pentru pansament, gips;
- medicamente prescrise de medic (utilizate în tratamentul diagnosticului de bază);
- fizioterapie/terapie manuală (magnetoterapie, kinetoterapie, termoterapie, hidroterapie, gimnastică curativă până la 10 ședințe pentru un singur tip, per perioada de valabilitate a contractului, inclusiv costul medicamentelor, soluțiilor indicate de medic, canule de unică folosință,
- masaj curativ până la 2 zone a câte 10 ședințe per zonă;
- efectuarea intervențiilor chirurgicale la organele interne, articulații, cord, iar la prezența indicațiilor medicale, a intervențiilor chirurgicale reparatorii, care țin de înlăturarea consecințelor cazului asigurat.

Serviciile medicale prestate în mod de urgență:

Se acordă persoanei asigurate „non-stop” (la domiciliu sau la serviciu) de către specialiști de calificare înaltă în cazurile maladiilor sau stărilor de sănătate care necesită asistență medicală de urgență) și prevăd:

- diagnostică de urgență;
- asistența medicală de urgență;
- internarea de urgență la prezența indicațiilor medicale în secții specializate în instituții medicale specializate stipulate în contractul 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.*

Prima de asigurare per asigurat -
Suma asigurată per asigurat - 75 000,00 MDL



**Tehnologia
prestării serviciilor medicale acordate**

A. Servicii medicale de policlinică

1. La survenirea cazului asigurat (dereglării acute ale sănătății, acutizării maladiilor cronice, accidentelor, combuștiilor, altor afecțiuni ale organelor umane, otrăvirilor acute) în scopul prestării serviciilor medicale adecvate, în termeni optimi și de calificare înaltă:

1.1. Persoana asigurată, *dacă starea sănătății permite*, se adresează primar prezentând polița de asigurare, însoțită de buletinul de identitate:

- Către medicul internist al Spitalului Internațional **Medpark** – (recepția), tel. **022 40 00 40**;
- **Spitalul Pilivalent NOVAMED** -- (recepția), tel. **022 000 7000**;
- **Centrul de Diagnostic German** - (recepția), tel. **022 84 00 00**;
- Centrul medical **Adlermedical** (recepția), tel. **022 27 17 60** ;
- Către medicul internist al Policlinicii ACSR AG RM (31 august, 70 – et. 2, cab 211), tel. **0 22 25 12 52**.

1.2. În cazurile când starea sănătății Persoanei asigurate nu prezintă o stare agravată (dureri mari, temperaturi de 38,5 grade și mai mult, tensiuni înalte sau joase), dar permit adresarea la policlinică, persoana asigurată de adresează medicilor indicați mai sus.

1.3. În cazurile când starea sănătății Persoanei asigurate nu prezintă o stare mai puțin gravă care nu necesită asistență medicală de urgență, aceasta își programează adresarea la medici la telefoanele indicate mai sus.

1.4. *Dacă starea sănătății nu permite adresarea nemijlocită la una din policlinicile indicate mai sus*, Persoana asigurată solicită ambulanța (112 sau 022 251 515), care stabilește starea obiectivă a acesteia și, acordând primul ajutor medical, prescrie un tratament de ambulatoriu sau internează persoana asigurată în una din instituțiile medicale indicate în contractul de asigurare.

2. Volumul serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate în condiții de policlinică și ambulator este expus în Programul de asigurare benevolă de sănătate „Asistența medicală de policlinică și ambulator”.

3. Tratamentul stomatologic de urgență se efectuează la cabinetele stomatologice ale Policlinicii ACSR AG RM sau, cu acordul Asiguratorului, în alte instituție medicală specializată, la suma de asigurare stipulată în contractul de asigurare.

B. Servicii medicale de staționar

1. Tratamentul în condiții de staționar se efectuează în baza îndreptării medicului internist sau specialist al:

- Spitalului Internațional **Medpark**;
- Spitalului Pilivalent **NOVAMED**;
- Spitalului **TERRAMED**;
- **Centrului de Diagnostic German**;
- Centrului medical **Galaxia**;
- Policlinicii ACSR CS RM.

2. Tratamentul în condiții de staționar se efectuează în baza Extaselor - trimitere, completate pe formularele Asiguratorului la:

- Spitalul Internațional **Medpark**;
- Spitalul Pilivalent **NOVAMED**;
- Spitalului **TERRAMED**
- Spitalul ACSR AG RM sau cu acordul Asiguratului în Spitalul Clinic Republican, Centrul Național de Cardiologie, Neurologie, e.t.c.

3. Spitalizările de urgență sunt efectuate de brigăzile specializate 112 sau ale Policlinicii ACSR, la **SID MEDPARK**, Spitalul Pilivalent **NOVAMED**, Spitalului **TERRAMED** sau la solicitarea Asiguratului, propunerea medicului curativ în Spitalele ACSR AG RM, Spitalul Clinic Republican, Centrele Naționale de Cardiologie și Neurologie, Institutul Mamei și Copilului.

4. Volumul serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate în condiții de staționar este expus în Programul de asigurare benevolă a sănătății „Asistență medicală de staționar”.

Reprezentantul „**ASTERRA GRUP**” SA poate fi contactat la tel. **022 214 758 sau 060 499 399**.

Notă: Serviciile medicale inițiate de Persoana asigurată sau care nu țin de starea obiectivă a sănătății acesteia nu sunt calificate ca caz de asigurare și nu vor fi achitate de Asigurator.



Nº	Angajat	Sex	Vârsta	Data naşterii:	Cod fiscal
1		Femenin	57	24.07.1964	
2		Masculin	61	01.12.1959	
3		Masculin	34	05.05.1987	
4		Masculin	39	13.02.1982	
5		Femenin	60	31.12.1960	
6		Masculin	29	06.03.1992	
7		Masculin	21	06.07.2000	
8		Masculin	36	11.05.1985	
9		Masculin	22	08.02.1999	
10		Masculin	49	12.01.1972	
11		Masculin	30	21.10.1990	
12		Masculin	33	12.02.1988	
13		Masculin	26	28.02.1995	
14		Masculin	42	28.08.1979	
15		Masculin	38	15.04.1983	
16		Masculin	40	04.10.1981	
17		Masculin	27	20.04.1994	
18		Masculin	25	19.08.1996	
19		Masculin	29	27.10.1991	
20		Masculin	47	16.01.1974	
21		Masculin	25	21.10.1995	
22		Masculin	29	27.02.1992	
23		Masculin	31	17.07.1990	
24		Masculin	36	29.07.1985	
25		Masculin	30	02.12.1990	
26		Masculin	35	27.07.1986	
27		Masculin	40	18.12.1980	
28		Masculin	32	14.09.1989	
29		Masculin	36	08.08.1985	
30		Masculin	36	08.11.1984	
31		Masculin	57	12.11.1963	
32		Masculin	26	18.10.1994	
33		Masculin	57	12.06.1964	
34		Masculin	61	29.02.1960	
35		Masculin	33	29.04.1988	
36		Masculin	33	31.12.1987	
37		Masculin	28	30.03.1993	
38		Masculin	42	16.02.1979	
39		Masculin	36	27.06.1985	
40		Masculin	24	31.12.1996	
41		Masculin	37	17.09.1984	
42		Masculin	33	25.12.1987	
43		Masculin	40	06.03.1981	
44		Masculin	45	15.10.1975	
45		Masculin	36	19.03.1985	
46		Masculin	29	02.12.1991	
47		Masculin	34	02.11.1986	
48		Masculin	34	26.01.1987	
49		Femenin	24	17.11.1996	
50		Femenin	71	24.09.1950	
51		Femenin	36	12.04.1985	
52		Masculin	44	18.02.1977	
53		Femenin	41	04.02.1980	
54		Femenin	44	02.08.1977	
55		Femenin	68	21.04.1953	
56		Femenin	31	16.02.1990	
57		Femenin	62	28.01.1959	
58		Femenin	48	27.07.1973	
59		Femenin	39	19.04.1982	
60		Femenin	40	15.06.1981	
61		Femenin	41	05.11.1979	
62		Femenin	40	02.12.1980	
63		Femenin	36	08.09.1985	
64		Femenin	32	03.09.1989	
65		Femenin	32	15.12.1988	
66		Femenin	44	08.04.1977	
67		Femenin	47	15.09.1974	
68		Femenin	34	30.08.1987	
69		Femenin	33	27.12.1987	
70		Masculin	34	26.02.1987	
71		Masculin	52	20.02.1969	
72		Masculin	60	28.10.1960	
73		Masculin	39	19.07.1982	
74		Masculin	57	08.04.1964	
75		Masculin	27	09.02.1994	
76		Masculin	26	07.04.1995	
77		Masculin	27	17.11.1993	
78		Masculin	31	18.11.1989	
79		Masculin	29	21.04.1992	
80		Masculin	26	18.12.1994	
81		Masculin	37	07.10.1983	
82		Masculin	45	25.10.1975	



83	Chastanier, Astelia	Masculin	26	30.07.1995	
84		Femenin	42	27.08.1979	
85		Masculin	36	17.08.1985	
86		Masculin	29	12.09.1991	
87		Masculin	32	14.10.1988	
88		Masculin	41	29.08.1980	
89		Masculin	34	29.11.1986	
90		Masculin	30	31.07.1991	
91		Masculin	40	27.01.1981	
92		Masculin	36	23.01.1985	
93		Masculin	38	07.04.1983	
94		Femenin	33	15.07.1988	
95		Masculin	52	12.09.1969	
96		Masculin	30	06.05.1991	
97		Masculin	36	25.08.1985	
98		Masculin	27	12.06.1994	
99		Masculin	34	03.02.1987	
100		Masculin	50	17.08.1971	
101		Masculin	63	18.09.1958	
102		Masculin	28	05.04.1993	
103		Masculin	54	13.10.1966	
104		Masculin	51	16.09.1970	
105		Masculin	35	22.12.1985	
106		Masculin	61	08.10.1959	
107		Masculin	46	03.06.1975	
108		Masculin	29	16.05.1992	
109		Masculin	44	06.10.1977	
110		Masculin	37	15.07.1984	
111		Masculin	30	24.10.1990	
112		Masculin	40	09.05.1981	
113		Masculin	61	23.03.1960	
114		Masculin	27	24.08.1994	
115		Masculin	43	09.11.1977	
116		Masculin	28	24.06.1993	
117		Femenin	62	25.08.1959	
118		Masculin	37	13.07.1984	
119		Masculin	55	22.09.1966	
120		Masculin	49	03.08.1972	
121		Femenin	36	02.06.1985	
122		Femenin	39	01.02.1982	
123		Femenin	29	24.03.1992	
124		Femenin	36	07.08.1985	
125		Femenin	29	02.06.1992	
126		Femenin	35	28.07.1986	
127		Femenin	39	27.05.1982	
128		Masculin	66	03.02.1955	
129		Masculin	35	31.08.1986	
130		Masculin	33	07.01.1988	
131		Masculin	34	13.07.1987	
132		Masculin	39	29.05.1982	
133		Femenin	41	27.04.1980	
134		Masculin	28	04.04.1993	
135		Femenin	26	16.07.1995	
136		Masculin	30	28.05.1991	
137		Masculin	62	29.09.1959	
138		Masculin	31	27.02.1990	
139		Masculin	23	02.09.1998	
140		Masculin	33	28.04.1988	
141		Masculin	37	16.10.1983	
142		Femenin	39	27.06.1982	
143		Masculin	41	07.04.1980	
144		Femenin	42	24.06.1979	
145		Masculin	35	20.05.1986	
146		Femenin	38	29.07.1983	
147		Masculin	40	24.11.1980	
148		Femenin	44	17.06.1977	
149		Femenin	30	14.01.1991	
150		Femenin	43	23.06.1978	
151		Masculin	45	23.07.1976	
152		Masculin	33	24.02.1988	
153		Masculin	47	04.04.1974	
154		Masculin	49	03.11.1972	
155		Femenin	39	17.11.1981	
156		Masculin	52	28.04.1969	
157		Femenin	36	19.12.1984	
158		Femenin	48	01.09.1973	
159		Femenin	48	03.03.1973	
160		Masculin	39	23.10.1981	
161		Masculin	58	01.01.1963	
162		Masculin	41	06.08.1980	
163		Masculin	48	17.01.1973	
164		Femenin	37	06.03.1984	
165		Masculin	28	23.06.1993	

Handwritten signature and official stamp.

166	Masculin	37	25.11.1983
167	Masculin	29	31.07.1992
168	Femenin	46	11.03.1975
169	Masculin	37	16.09.1984
170	Masculin	38	22.08.1983
171	Masculin	31	07.03.1990
172	Masculin	35	24.06.1986
173	Masculin	31	01.01.1990
174	Masculin	34	21.11.1986
175	Masculin	39	18.07.1982
176	Masculin	35	28.12.1985
177	Masculin	26	07.03.1995
178	Masculin	32	18.06.1989
179	Masculin	34	24.05.1987
180	Masculin	38	27.08.1983
181	Masculin	32	12.12.1988
182	Masculin	26	24.02.1995
183	Masculin	43	31.03.1978
184	Masculin	29	09.09.1992
185	Masculin	36	14.05.1985
186	Masculin	26	22.08.1995
187	Masculin	26	01.07.1995
188	Masculin	42	23.09.1979
189	Masculin	34	13.01.1987
190	Masculin	36	28.02.1985
191	Masculin	33	14.12.1987
192	Masculin	32	07.12.1988
193	Masculin	34	01.06.1987
194	Masculin	38	07.06.1983
195	Masculin	36	01.09.1985
196	Masculin	30	09.11.1990
197	Masculin	34	16.11.1986
198	Masculin	29	29.04.1992
199	Masculin	34	28.08.1987
200	Masculin	23	07.07.1998
201	Masculin	24	07.04.1997
202	Masculin	34	31.05.1987
203	Masculin	34	20.02.1987
204	Masculin	35	06.06.1986
205	Masculin	38	22.10.1982
206	Masculin	72	13.06.1949
207	Masculin	49	13.06.1972
208	Masculin	62	17.06.1959
209	Masculin	50	02.06.1971
210	Masculin	36	27.05.1985
211	Masculin	37	01.11.1983
212	Masculin	70	09.12.1950
213	Femenin	35	14.01.1986
214	Masculin	62	18.05.1959
215	Masculin	25	25.05.1996
216	Masculin	51	30.03.1970
217	Masculin	61	03.04.1960
218	Masculin	59	24.06.1962
219	Masculin	52	27.09.1969
220	Masculin	54	29.04.1967
221	Masculin	55	03.02.1966
222	Masculin	65	25.03.1956
223	Masculin	37	28.04.1984
224	Masculin	48	10.11.1972
225	Masculin	32	26.11.1988
226	Masculin	39	07.11.1981
227	Masculin	46	21.01.1975
228	Masculin	34	02.03.1987
229	Masculin	57	31.01.1964
230	Masculin	48	04.06.1973
231	Masculin	48	04.05.1973
232	Masculin	40	21.10.1980
233	Masculin	60	09.12.1960
234	Masculin	55	11.06.1966
235	Masculin	34	19.07.1987
236	Masculin	46	24.05.1975
237	Masculin	44	21.01.1977
238	Masculin	42	01.10.1979
239	Femenin	58	08.09.1963
240	Femenin	40	02.01.1981
241	Masculin	26	08.12.1994
242	Masculin	34	20.03.1987
243	Femenin	44	15.10.1976
244	Femenin	43	06.06.1978
245	Femenin	54	01.09.1967
246	Femenin	32	31.03.1989
247	Masculin	31	17.07.1990
248	Masculin	29	10.08.1992



[Handwritten signature]

249	Masculin	30	24.06.1991
250	Masculin	41	27.10.1979
251	Masculin	24	05.07.1997
252	Femenin	27	28.06.1994
253	Femenin	45	17.03.1976
254	Masculin	49	23.09.1972
255	Femenin	44	12.02.1977
256	Femenin	40	06.12.1980
257	Femenin	42	28.03.1979
258	Masculin	41	03.03.1980
259	Femenin	40	01.06.1981
260	Femenin	37	23.07.1984
261	Femenin	34	21.07.1987
262	Femenin	35	28.02.1986
263	Masculin	50	07.04.1971
264	Femenin	38	09.07.1983
265	Femenin	43	09.03.1978
266	Femenin	35	28.04.1986
267	Masculin	46	22.03.1975
268	Femenin	39	23.11.1981
269	Masculin	25	16.03.1996
270	Masculin	35	28.07.1986
271	Masculin	50	15.08.1971
272	Femenin	30	15.01.1991
273	Femenin	30	28.08.1991
274	Femenin	49	15.06.1972
275	Femenin	43	06.09.1978
276	Femenin	46	28.09.1975
277	Femenin	33	04.04.1988
278	Masculin	35	28.06.1986
279	Masculin	38	07.01.1983
280	Femenin	39	17.03.1982
281	Femenin	43	10.08.1978
282	Femenin	52	04.05.1969
283	Masculin	33	24.07.1988
284	Masculin	33	20.12.1987
285	Masculin	36	27.02.1985
286	Masculin	41	18.05.1980
287	Masculin	30	22.12.1990
288	Masculin	42	15.10.1978
289	Masculin	41	08.01.1980
290	Masculin	35	24.07.1986
291	Femenin	32	29.08.1989
292	Masculin	28	07.04.1993
293	Femenin	36	10.05.1985
294	Masculin	35	12.09.1986
295	Masculin	23	06.12.1997
296	Masculin	47	01.03.1974
297	Masculin	33	06.08.1988
298	Femenin	48	24.04.1973
299	Masculin	26	15.08.1995
300	Femenin	43	18.01.1978
301	Masculin	30	12.01.1991
302	Femenin	42	20.06.1979
303	Masculin	39	15.09.1982
304	Femenin	37	29.12.1983
305	Masculin	21	07.04.2000
306	Masculin	33	20.01.1988
307	Femenin	45	01.03.1976
308	Masculin	37	30.06.1984
309	Femenin	41	02.02.1980
310	Masculin	40	21.02.1981
311	Femenin	39	05.01.1982
312	Femenin	48	10.01.1973
313	Femenin	38	15.07.1983
314	Masculin	24	31.10.1996
315	Femenin	42	10.02.1979
316	Masculin	42	28.04.1979
317	Femenin	32	17.10.1988
318	Masculin	32	05.04.1989
319	Femenin	36	18.10.1984
320	Femenin	35	06.08.1986
321	Femenin	34	14.11.1986
322	Femenin	29	04.07.1992
323	Masculin	32	18.05.1989
324	Masculin	33	26.09.1988
325	Femenin	35	03.07.1986
326	Masculin	30	23.08.1991
327	Femenin	39	14.10.1981
328	Masculin	28	16.06.1993
329	Masculin	21	17.01.2000
330	Masculin	26	03.09.1995
331	Femenin	34	04.01.1987

[Handwritten signature and official stamp]

332	Masculin	38	18.06.1983	
333	Femenin	32	08.09.1989	
334	Femenin	27	06.10.1994	
335	Femenin	34	30.11.1986	
336	Masculin	20	25.12.2000	
337	Masculin	27	23.08.1994	
338	Masculin	34	17.09.1987	
339	Femenin	28	29.11.1992	
340	Masculin	35	25.06.1986	



ACORD ADIȚIONAL nr. 01
la polițele (de la nr. 01 până la 340) aferente Contractul de asigurare benevolă
(facultativă) a sănătății nr. ASM 00024.2021 din 11.10.2021

mun. Chișinău

11.10.2021

Compania de Asigurări "ASTERRA GRUP" S.A., în persoana Directorului General D-lui **Roman ANDRONIC**, care activează în baza Statutului, în continuare *ASIGURĂTOR*, pe de o parte, și
ÎCS LE BRIDGE CORPORATION LIMITED SRL în persoana directorului Franck Charles Arif, în calitate de *ASIGURAT*,

conform Contractului de asigurare benevolă (facultativă) a sănătății nr. ASM 00024.2021 din 11.10.2021 și a Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății ale CA "ASTERRA GRUP" S.A., au semnat prezentul Acord adițional privind următoarele:

În baza **Contractului de asigurare benevolă (facultativă) a sănătății nr. ASM 00027.2021 din 11.10.2021**, capitolul III, p. 3.2 și 3.3 suma de asigurare per fiecare asigurat va constitui

1. Prezentul Acord adițional intră în vigoare din momentul semnării lui de către Părți și constituie parte indispensabilă a polițelor de asigurare benevolă a sănătății (nr. 1 - 340) aferente **Contractului de asigurare benevolă (facultativă) a sănătății nr. ASM 00024.2021 din 11.10.2021**
2. Prezentul Acord adițional este întocmit în limba de stat în două exemplare identice, câte un exemplar la fiecare din Părți, fiecare având aceiași putere juridică.

CA „ASTERRA GRUP” SA
MD 2012, Chișinău, str. Bucuresti 81
Tel./fax: 21 17 59
C/ f 1006600032750
IBAN: MD29EN000000222465691895;
BC „ENERGBANK” SA; filiala Centru
ENEGMD22895;



ÎCS LE BRIDGE CORPORATION LIMITED
SRL Mun. Chișinău, str. Varnița 6
IBAN: MD44AG000000022511450554
BC MOLDOVA-AGROINDBANK SA
C/B AGRNMD2X
c/f: 1002600017397



Acord adițional № ADD_3
la Contractul de asigurare benevolă (facultativă) a sănătății
Nr. ASM 00024.2021 din 11 octombrie 2021

mun. Chișinău

01.01.2022

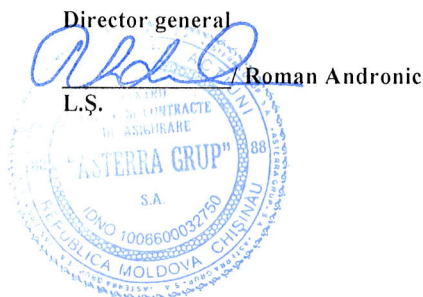
Compania de Asigurări "ASTERRA GRUP" S.A., în persoana Directorului General **Roman Andronic**, care acționează în baza Statutului,
și **"ICS Le Bridge Corporation Limited" S.R.L.**, care acționează în baza Statutului au convenit încheierea prezentului Acord în următoarele condiții:

1. În conformitate cu prezentul Acord adițional, Părțile au convenit a modifica graficul de achitare a primei de asigurare, după cum urmează:
2. Prezentul acord adițional este întocmit în două exemplare, anexă la Contractul de asigurare medicală benevolă (facultativă) a sănătății **Nr. ASM 00024/2021 din 11 octombrie 2021**.
3. Adresele juridice, rechizitele de plată, semnăturile și ștampilele Părților.

ASIGURĂTOR:
CA "ASTERRA GRUP" SA
R. Moldova, mun. Chișinău,
str. București, 81
Tel./fax: 21 17 58/59
C/ f 1006600032750
BC "ENERGBANK" S.A. fil. "Centru"
C/d MD29EN000000222465691895
Codul bancii ENEGMD22895
IBAN CODE: MD29EN000000222465691895

CONTRACTANTUL ASIGURĂRII

ÎCS Le Bridge Corporation
Limited SRL
m. Chișinău, str. Varnița 6
c/f: 1002600017397





FACTURĂ FISCALĂ

Seria, Nr.

AAM5623820

Data eliberării/ data livrării 22.10.2021 / 22.10.2021

8. Foaie de parcurs seria: numar: data

9. Transportator

c.f./nr.TVA

1006600032750 /

Furnizor: CA "ASTERRA GRUP" S.A., mun. Chisinau, str. Bucuresti, 81, IBAN MD29EN000000222465691895, B.C. "ENERGBANK" S.A., SWIFT: ENEGMD22

c.f./nr.TVA

1002600017397 /

Cumpărător /beneficiar: INTREPRINDEREA CU CAPITAL STRAIN LE BRIDGE CORPORATION LIMITED S.R.L., Chisinau Mun. Chișinău Varnita 6/- Ap.-

4. Documente anexate:

Delegatie: data

delegatul

Punct incarcare: mun. Chisinau, str. Bucuresti, 81

6. Punct descarcare:

Chisinau Mun. Chișinău Varnita 6/- Ap.-

7. Redirijari:

10.1 Denumirea mărfurilor/activelor, serviciilor și codul poziției tarifare al mărfii/activului

10.2 Unitate de masura

10.3 Cantitatea mărfurilor /activelor, volumul serviciilor

10.4 Pret unitar fara TVA, lei

10.5 Valoarea totala fara TVA, lei

10.6 Cota TVA %

10.7 Suma totala a TVA, lei

10.8 Valoarea mărfurilor /activelor, serviciilor, lei

10.9 Alta informati e

10.10 Tip ambalaj

10.11 Numar locuri

10.12 Masa bruta (tone)

Asigurarea facultativa de sanatate ASM00024.2021

buc.

1,00

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

11. TOTAL(pe pagina)

12. TOTAL(pe factura fiscala)

Director general intreprindere: Andronic R.

Funcția, numele, prenumele și semnătura

14. Predat mărfurile/activele (serviciile):

Funcția, numele, prenumele și semnătura

L.S.

15. Primit mărfurile/activele intermediarului (transportatorul):

Funcția, numele, prenumele și semnătura

16. Predat mărfurile/activele intermediarului (transportatorul):

Funcția, numele, prenumele și semnătura

17. Primit mărfurile/activele (serviciile) cumpărătorul/beneficiarul:

Funcția, numele, prenumele și semnătura

