

# ASIGURAREA DE VIAȚĂ OPTIMIST

## CONDIȚII GENERALE

### CONDIȚII DE ASIGURARE

<b>Articolul 1.</b> Definiții	<b>2</b>
<b>Articolul 2.</b> Contractul de asigurare	<b>3</b>
<b>Articolul 3.</b> Începutul și încetarea asigurării	<b>3</b>
<b>Articolul 4.</b> Suma asigurată	<b>4</b>
<b>Articolul 5.</b> Prima de asigurare	<b>4</b>
<b>Articolul 6.</b> Reînnoirea contractului	<b>4</b>
<b>Articolul 7.</b> Taxe și comisioane	<b>4</b>
<b>Articolul 8.</b> Modificarea datelor contractuale	<b>4</b>
<b>Articolul 9.</b> Desemnarea și schimbarea beneficiarului în caz de deces	<b>5</b>
<b>Articolul 10.</b> Obligațiile Asiguratului	<b>5</b>
<b>Articolul 11.</b> Obligațiile Asigurătorului	<b>5</b>
<b>Articolul 12.</b> Riscurile asigurate	<b>5</b>
<b>Articolul 13.</b> Excluderi	<b>6</b>
<b>Articolul 14.</b> Stabilirea și plata indemnizației de asigurare	<b>7</b>
<b>Articolul 15.</b> Voucherul de servicii medicale	<b>8</b>
<b>Articolul 16.</b> Dispoziții finale	<b>8</b>

### ANEXA 1

#### SERVICII MEDICALE SPECIFICE FURNIZATE ÎN BAZA VOUCHERULUI DE SERVICII MEDICALE

<b>A.</b> Descriere	<b>9</b>
<b>B.</b> Procedura de urmat pentru accesarea serviciilor medicale	<b>9</b>
Date de contact pentru Rețeaua Clinicilor Amethyst operate de RTC Radiology Therapeutic Center SRL	<b>10</b>

## ARTICOLUL 1. DEFINIȚII

**Accident:** eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, care cauzează vătămări corporale, datorate acțiunii subite și violente asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.



**Asigurat:** persoană fizică, cetățean român sau străin cu domiciliul / rezidența în România, a cărei viață sau sănătate este asigurată prin contractul de asigurare.

**Asigurător:** Aegon Towarzystwo Ubezpieczen na Zycie S.A., cu sediul în ul. Woloska 5, 02-675 Warszawa, număr de ordine în Registrul Asiguratorilor și Reasiguratorilor și intermediarilor în asigurări și/sau reasigurări RX-912, reprezentat pe teritoriul României de Aegon Towarzystwo Ubezpieczen na Zycie S.A. Varsovia - Sucursala Florești, cu sediul pe str. Avram Iancu, Nr. 506-508, Et. 5, 407280 Florești, Cluj, România, Nr.O.R.C.:J12/3192/2011, CUI: 29501352, Operator de date cu caracter personal:22362/2012.

**Beneficiar:** persoană fizică îndreptățită după caz să primească conform condițiilor contractuale sau legii, indemnizația de asigurare. În cazul diagnosticării cu cancer, Beneficiar este Asiguratul.

**Boală:** starea anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/ sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice sau de laborator specifice.

**Contractant:** persoană fizică, cetățean român sau străin cu domiciliul / rezidența în România care încheie contractul de asigurare cu Asiguratorul și care își asumă responsabilitatea de a plăti primele de asigurare la termenele stabilite. Contractantul este aceeași persoană cu Asiguratul.

**Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare:** data înscrisă în contractul de asigurare, la care începe răspunderea Asiguratorului.

**Data de maturitate a contractului de asigurare:** data la care se împlinește un an de la data de intrare în vigoare sau de la data reînnoirii contractului de asigurare, dată la care încetează răspunderea Asiguratorului.

**Deces din accident sau boală:** decesul Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare ca urmare a unui accident sau unei boli produse/diagnosticate în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

**Eveniment asigurat:** eveniment care stă la baza producerii riscului asigurat în urma căruia Asiguratorul acordă despăgubiri în baza condițiilor de asigurare.

**Indemnizație de asigurare:** suma plătită Beneficiarului/Asiguratului în cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

**Moneda contractului de asigurare:** moneda în care sunt exprimate primele de asigurare și sumele asigurate. Moneda contractului de asigurare este lei.

**Moștenitori:** persoanele desemnate conform legislației române în vigoare privitoare la succesiune.

**Neoplasm(cancer):** tumoră malignă caracterizată de creștere necontrolată și metastaze ale celulelor neoplazice cauzând infiltrarea și distrugerea țesutului normal. Diagnosticul trebuie confirmat în urma examenului histologic. Asigurarea mai acoperă leucemia, limfoame maligne, granulomatoza malignă (boala lui Hodgkin), neoplasm malign al măduvei spinării și cancerul metastatic de piele.

**Perioada de valabilitate a contractului de asigurare:** perioada cuprinsă între data de intrare în vigoare și data de maturitate a contractului de asigurare.

**Sistemul Național de Asigurări de Sănătate:** sistemul de asigurări sociale de sănătate obligatorii constituit în baza plății contribuțiilor la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, conform prevederilor legale relevante din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

**Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS):** instituție publică autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, al cărei principal obiect de activitate îl reprezintă asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România.

**Voucher de servicii medicale:** voucherul atașat la Contractul de Asigurare și care permite Asiguratului accesul la anumite servicii prestate în cadrul Clinicilor Amethyst, așa cum sunt acestea detaliate în Anexa 1 la prezentele Condiții Generale.

## ARTICOLUL 2. CONTRACTUL DE ASIGURARE

1. Contractul de asigurare se încheie pentru o perioadă inițială de un an cu posibilitate de reînnoire pentru perioade succesive egale cu perioada inițială.
2. Poate fi asigurată o persoană cu vârsta de minimum 18 ani la data intrării în vigoare a contractului de asigurare și de maximum 65 de ani la data de maturitate a contractului de asigurare.
3. Asiguratul dispune de dreptul de renunțare la contractul de asigurare de viață, fără a fi necesară invocarea vreunui motiv, în termen de 20 zile calendaristice, calculate de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare. În acest sens, Asiguratul va anunța prin e-mail Asigurătorul. În acest caz, Asigurătorul va restitui valoarea primei de asigurare, dacă în acest interval nu a fost solicitată nicio despăgubire ca urmare a producerii evenimentului asigurat.



## ARTICOLUL 3. ÎNCEPUTUL ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII

1. Răspunderea Asigurătorului în baza contractului de asigurare începe la ora 0:00 a zilei următoare emiterii contractului de asigurare sau la o dată ulterioară solicitată de către Asigurat, cu condiția achitării primei de asigurare.
2. Răspunderea Asigurătorului în baza contractului de asigurare încetează într-una din următoarele situații:
  - a. la data de maturitate;
  - b. la producerea decesului sau diagnosticării Asiguratului cu o afecțiune gravă-cancer sau la momentul achitării indemnizației de asigurare de către Asigurător, în condițiile Contractului de Asigurare;
  - c. la inițiativa Asiguratului, prin denunțare unilaterală;
  - d. la inițiativa Asigurătorului, doar în cazul încare Asiguratul nu își îndeplinește obligațiile menționate în prezentele Condiții Generale.
3. Decizia de denunțare unilaterală a contractului de asigurare, emisă după termenul de 20 zile calendaristice, se comunică de către Asigurat prin e-mail. Contractul va înceta de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, la ora 0:00 a zilei următoare înregistrării solicitării Asiguratului la sediul Asigurătorului.
4. În cazul denunțării unilaterale a contractului, Asigurătorul va returna partea din prima aferentă perioadei cuprinse între data denunțării și data maturității contractului de asigurare. Valoarea primei de returnat se calculează astfel:  
 $R = P - C$ , unde:  
R = valoarea primei de returnat  
P = valoarea inițială a primei  
C = costuri\* (calculate pro rata)  
*\*costuri - reprezintă costurile suportate de Asigurător în legătură cu contractul de asigurare pentru perioada dintre data intrării în vigoare și data denunțării unilaterale pentru: analiza cererii de asigurare, emiterea contractului de asigurare, procesarea contractului de asigurare, costul voucherului de servicii medicale și costul riscului asigurat.*
5. Contractul de asigurare încetează de drept, automat, în momentul încheierii colaborării dintre Asigurător și RTC Radiology Therapeutic Center SRL.



## ARTICOLUL 4. SUMA ASIGURATĂ

Suma asigurată pentru toate riscurile asigurate este menționată în contractul de asigurare.



## ARTICOLUL 5. PRIMA DE ASIGURARE

1. Asiguratul are obligația să achite prima de asigurare în lei la data achiziționării produsului de pe [www.aegonmarket.ro](http://www.aegonmarket.ro). Achitarea acesteia condiționează îndeplinirea obligațiilor Asiguratorului, conform contractului de asigurare.
2. Plata se poate face prin mijloacele online puse la dispoziție pe [www.aegonmarket.ro](http://www.aegonmarket.ro).



## ARTICOLUL 6. REÎNNOIREA CONTRACTULUI

1. Contractul de asigurare se poate reînnoi anual cu respectarea următoarelor condiții:
  - a. vârsta Asiguratului să nu depășească limita de 65 de ani la maturitatea contractului de asigurare reînnoit;
  - b. plata primei de asigurare înainte de maturitatea contractului de asigurare în vigoare.
2. Dacă prima de asigurare nu a fost achitată înainte de maturitatea contractului de asigurare în vigoare, există o perioadă de grație de 30 de zile calendaristice în care se poate efectua plata primei de asigurare. În perioada de grație, Asiguratul beneficiază de protecția oferită de asigurare. În cazul în care Asiguratul nu a efectuat plata primei de asigurare nici în cadrul perioadei de grație, protecția prin asigurare încetează începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare zilei expirării termenului de grație. Dacă în perioada de grație se produce evenimentul asigurat, iar prima de asigurare nu a fost plătită, valoarea acesteia se va deduce din indemnizația de asigurare.
3. Reînnoirea contractului de asigurare va fi confirmată prin emiterea unei anexe de reînnoire la contractul de asigurare.
4. În situații excepționale, Asiguratorul poate propune modificarea valorii primei de asigurare. Această modificare va fi comunicată cu 30 de zile calendaristice înainte de data reînnoirii.
5. La reînnoirea contractului de asigurare nu se mai aplică perioada de așteptare de 90 de zile în cazul diagnosticării cu o boală gravă - cancer.



## ARTICOLUL 7. TAXE ȘI COMISIOANE

Asiguratorul suportă toate taxele și comisioanele bancare referitoare la plățile efectuate de către acesta (indemnizații de asigurare, restituiri de prime).



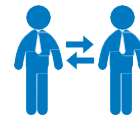
## ARTICOLUL 8. MODIFICAREA DATELOR CONTRACTUALE

1. Asiguratul poate modifica date precum adresă, nume și/sau prenume online, pe platforma [www.24aegon.ro](http://www.24aegon.ro), telefonic la numărul de Customer Service Center 0264.224.224, sau prin transmiterea unei cereri pe adresa de e-mail [info@aegon.ro](mailto:info@aegon.ro).
2. Orice răspuns adresat Asiguratului cu privire la solicitările de modificare a datelor contractuale se transmite pe adresa de e-mail a Asiguratului sau se înmânează reprezentanților legali ai acestuia.



## ARTICOLUL 9. DESEMNAREA ȘI SCHIMBAREA BENEFICIARULUI ÎN CAZ DE DECES

1. Asiguratul poate nominaliza unul sau mai mulți Beneficiari în caz de deces cu precizarea procentului din indemnizație convenit fiecăruia și cu condiția existenței interesului asigurat.
2. Asiguratul poate modifica Beneficiarii și/sau procentele din indemnizație oricând pe durata asigurării, înainte de producerea evenimentului asigurat. În cererea de modificare se vor menționa datele de identificare ale noului Beneficiar, precum și procentul din indemnizație.
3. Dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a unui act intenționat al Beneficiarului, pentru care s-a pronunțat o hotărâre penală împotriva acestuia, rămasă definitivă și irevocabilă, Beneficiarul este decăzut din dreptul de a încasa indemnizația de asigurare. Prin urmare, plata se va face către ceilalți Beneficiari desemnați, sau către moștenitorii Asiguratului, în conformitate cu legislația în vigoare referitoare la succesiune.



## ARTICOLUL 10. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

1. Asiguratul este obligat să achite prima de asigurare, în conformitate cu prevederile relevante din cererea de asigurare.
2. După anunțarea de către Asigurat a producerii riscului asigurat și anume, diagnosticarea cu cancer, acesta este obligat, la cererea Asigurătorului, să se supună unei noi examinări medicale efectuate de un medic agreeat de Asigurător, în scopul verificării diagnosticului de cancer și confirmării îndeplinirii condițiilor de plată a indemnizației de asigurare. Costurile acestei examinări vor fi suportate de Asigurător.

## ARTICOLUL 11. OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, conform condițiilor de asigurare, pentru riscurile asigurate menționate în prezentele Condiții Generale.

## ARTICOLUL 12. RISCURILE ASIGURATE

1. Riscurile asigurate în baza contractului de asigurare sunt:
  - a. decesul din accident sau boală;
  - b. diagnosticarea cu o afecțiune gravă - cancer.
2. În cazul diagnosticării afecțiunii grave există o perioadă de așteptare de 90 de zile calendaristice de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare, perioadă de la expirarea căreia se poate antrena în mod valid răspunderea Asigurătorului.
3. Riscurile sunt acoperite atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.



## ARTICOLUL 13. EXCLUDERI

1. Asigurătorul nu datorează indemnizație de asigurare pentru riscurile asigurate cauzate de:
  - a. Participarea activă a Asiguratului la operațiuni de război, război civil, invazie, ocupație militară, ostilități, rebeliune, tulburări civile, insurecții, dictatură militară sau lovituri de stat, revolte, greve, acte de terorism sau de sabotaj, acte de vandalism, forțe armate sau de menținere a păcii;
  - b. Participarea Asiguratului, cu vinovăție, în orice formă sau modalitate, la săvârșirea unei fapte ce constituie infracțiune, potrivit legii de la data săvârșirii faptei;
  - c. Pandemii sau epidemii confirmate de autoritățile competente;
  - d. Contaminări radioactive sau chimice datorate utilizării unei arme sau dispozitiv pe bază de energie sau radiație termonucleară;
  - e. Accidente aeriene, cu excepția accidentelor survenite atunci când Asiguratul călătorește ca pasager într-un avion al unei companii de transport aerian autorizate să efectueze transportul de persoane;
  - f. Accidente provocate intenționat sau tentativă de sinucidere, automutilare sau autovătămare a Asiguratului, indiferent de starea sa mintală;
  - g. Boli mintale, tulburări psihice sau de natură nervoasă a Asiguratului;
  - h. Consecințele folosirii de către Asigurat a drogurilor, stupefiantelor și narcoticelor fără prescripție medicală;
  - i. Consecințele consumului de alcool de către Asigurat.
  
2. Asigurătorul nu datorează indemnizație de asigurare pentru diagnosticare cu cancer (neoplasm) în cazul următoarelor situații:
  - a. Orice modificări pre-canceroase sau non-invazive, inclusiv cancerul non-invaziv (carcinoma in situ)–TIS și TA conform clasificării realizate de către Comitetul american reunit cu privire la cancer, Jurnalul american al îngrijirilor în fază critică, ediția a 7-a, Clasificarea TNM;
  - b. Orice cancer de piele, altul decât melanoma;
  - c. Melanoame maligne egale sau mai mici decât T1aN0M0 - conform clasificării realizate de către Comitetul american reunit cu privire la cancer, Jurnalul american al îngrijirilor în fază critică, ediția a 7- a, Clasificarea TNM (stadiul 1A=<1 mm);
  - d. Orice tip de neoplasm coexistent cu infecția HIV;
  - e. Cancerul de prostată cu scor egal sau mai mic de 6 conform scorului Gleason sau egal sau mai mic decât T2AN0M0, conform clasificării realizate de către Comitetul american reunit cu privire la cancer, Jurnalul american al îngrijirilor în fază critică, ediția a 7-a, Clasificarea TNM;
  - f. Neoplasm tiroidian mai mic de 2 cm și descris prin T1N0M0 conform clasificării realizate de către Comitetul american reunit cu privire la cancer, Jurnalul american al îngrijirilor în fază critică, ediția a 7- a, Clasificarea TNM - sau un stadiu echivalent conform altor clasificări.



## ARTICOLUL 14. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

### 1. Indemnizația în caz de deces din accident sau boală

În caz de deces din accident sau boală, survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarului o indemnizație egală cu suma asigurată pentru deces din accident sau boală, menționată în contractul de asigurare.

### 2. Indemnizația în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă - cancer

În cazul în care, pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asiguratul este diagnosticat cu afecțiunea gravă-cancer, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, care este egală cu suma asigurată pentru afecțiune gravă, cu condiția ca Asiguratul să supraviețuiască cel puțin 20 de zile calendaristice de la data diagnosticării afecțiunii. În cazul în care survine decesul în termenul de 20 de zile calendaristice, Asigurătorul va achita Beneficiarului indemnizația de asigurare menționată la pct. 1 de mai sus.

3. În vederea plății indemnizației de deces, Beneficiarul este obligat să prezinte Asigurătorului, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la producerea decesului, următoarele:

- a. documente care să dovedească legitimitatea Beneficiarului de a obține indemnizația;
- b. certificatul de deces în copie legalizată sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului, după caz;
- c. copia certificatului medical constatator al decesului vizat de Registrul de Stare Civilă;
- d. copia actelor legale încheiate de organele competente cu privire la evenimentul în urma căruia a survenit decesul.

4.1. În vederea plății indemnizației de asigurare în cazul diagnosticării cu o afecțiune gravă-cancer, Asiguratul este obligat să prezinte următoarele documente:

- a. copia actului de identitate;
- b. copia analizelor medicale care confirmă diagnosticul precum și documentele medicale specifice pentru afecțiune - copia buletinului histopatologic eliberat de medicul specialist în care este menționat diagnosticul exact.

4.2. Asiguratul este obligat să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător în termen de maximum 30 de zile de la data producerii riscului asigurat și să permită acestuia să facă investigații cu privire la circumstanțele producerii riscului asigurat.

5. În cazul în care documentele solicitate nu sunt furnizate în termenele menționate anterior, procesarea cererii de despăgubire și plata indemnizației de asigurare ar putea suferi întâzieri semnificative.

6. Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare în cazul în care nu au fost puse la dispoziția sa documentele mai sus menționate și de a solicita și alte documente necesare pentru analizarea cauzelor și împrejurărilor producerii riscului asigurat.

7. Înscrierea în fals, anularea sau orice modificare intervenită cu privire la valabilitatea juridică sau în conținutul documentelor medicale prezentate de către Beneficiar/Asigurat pot atrage după caz exonerarea Asigurătorului privind plata indemnizației.

8. Plata indemnizației se va face în lei într-un cont bancar al Beneficiarului/Asiguratului deschis la o bancă pe teritoriul României. Asigurătorul va efectua plata indemnizației în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data la care documentația solicitată este completă.

9. În cazul în care nu a fost stabilit un Beneficiar în caz de deces sau dacă Beneficiarul desemnat a decedat sau a fost revocat înainte sau la data producerii riscului asigurat, plata se face moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari conform legislației române în vigoare în ceea ce privește succesiunea. Dacă Beneficiarul decedează după data producerii riscului asigurat, drepturile sale sunt transferate asupra moștenitorilor Beneficiarului conform legislației române în vigoare în ceea ce privește succesiunea.

10. În cazul în care riscul asigurat s-a produs în afara teritoriului României atunci documentele necesare pentru analizarea cauzelor și împrejurărilor în care s-a produs riscul asigurat vor fi traduse în limba română de către un traducător autorizat, iar costul traducerii va fi suportat de către Beneficiar.

## ARTICOLUL 15. VOUCHERUL DE SERVICII MEDICALE

Contractul de Asigurare are atașat un Voucher de servicii medicale care permite Asiguratului să beneficieze de servicii medicale specifice (detaliate în Anexa 1 la prezentele Condiții Generale) în cadrul Clinicilor Amethyst. Pentru evitarea oricărui dubiu, Clinicile Amethyst sunt exclusiv responsabile pentru calitatea și conformitatea serviciilor medicale furnizate direct Asiguratului.

## ARTICOLUL 16. DISPOZIȚII FINALE

1. Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare este legea română. Dispozițiile contractuale se completează cu cele legale în materie, și anume Codul Civil, Codul Fiscal, Legea 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare și Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări, precum și legislația secundară elaborată de Autoritatea de Supraveghere Financiară.



Dacă pe parcursul derulării contractului de asigurare, prevederile legale vor suferi modificări cu impact asupra unor dispoziții contractuale, atunci se vor aplica prevederile legale în vigoare la momentul respectiv.

2. Pentru orice posibile diferențe de opinii care ar putea apărea între părți cu privire la încheierea, interpretarea, executarea sau încetarea relațiilor contractuale se va încerca soluționarea în prealabil pe cale amiabilă, părțile urmând a se convoca în vederea concilierii diferendului într-un loc și la un termen precis determinate. În urma efectuării acestei proceduri, se va încheia un proces-verbal care va constata voința părților. Neajungerea la un acord sau neprezentarea nejustificată la conciliere permite sesizarea instanțelor judecătorești competente de la sediul Asigurătorului, în vederea soluționării litigiilor.

3. Asiguratul are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, potrivit dispozițiilor Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară precum și cu privire la condițiile de accesare a procedurilor de soluționare a litigiilor, cu condiția să facă dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul direct. Soluționarea alternativă a litigiilor se efectuează de Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor (SAL-FIN) în domeniul financiar nebanca, ce funcționează exclusiv în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Pentru soluționarea alternativă a litigiilor, Asiguratul trebuie să își exprime această opțiune în mod voluntar și să se adreseze SAL-FIN în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

4. Comunicarea între părțile contractante se va realiza prin mijloacele electronice (de exemplu pe e-mail, telefonic și pe platforma online [www.24aegon.ro](http://www.24aegon.ro)).

5. La calculul primelor de asigurare și/sau indemnizațiilor de asigurare s-au utilizat tabele de mortalitate și morbiditate care pot fi obținute la cerere de la Asigurător.

6. În ceea ce privește stabilitatea financiară a companiei Aegon, menționăm că cel mai bun garant în acest sens este legislația europeană Solvency II, la care se supune și compania noastră. Raportul privind solvabilitatea și stabilitatea financiară a companiei în conformitate cu regimul Solvency II se regăsește pe site-ul companiei: <https://www.aegon.ro/RO-Homepage-Viata/Despre-Aegon/solvabilitate/>



## ANEXA 1 - SERVICII MEDICALE SPECIFICE FURNIZATE ÎN BAZA VOUCHERULUI DE SERVICII MEDICALE

### A. DESCRIERE

Voucherul de servicii medicale anexat cererii de asigurare și contractului de asigurare, poate fi utilizat numai cu îndeplinirea ambelor condiții de mai jos:

- după intrarea în vigoare a contractului de asigurare și numai pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, dar nu mai devreme de 90 de zile calendaristice de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare;
- de către persoanele care au calitatea de contribuabil la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) în momentul accesării serviciilor.

În baza voucherului de servicii medicale, Asiguratul are acces gratuit la Clinicile Amethyst pentru următoarele servicii de asistență medicală în domeniul oncologic (numai în măsura în care și doar în legătură cu astfel de servicii care nu sunt deja acoperite de asigurările sociale de sănătate de care beneficiază Asiguratul):

1. Linie de Call Center dedicată în intervalul orar 9 a.m.- 5 p.m., care va prelua apelurile Asiguratului referitoare la tratamente oncologice.
2. Programare la consultații private nelimitate oferite de medicii specialiști oncologi din cadrul rețelei Clinicilor Amethyst (în maximum 72 de ore), fără liste de așteptare, pentru Asigurații care solicită acest lucru.
3. Examinarea dosarului medical al Asiguratului de către medicii specialiști oncologi din cadrul Clinicilor Amethyst.
4. Acces la condiții superioare de confort pe durata tratamentului (administrare tratamente injectabile utilizând seringi automate, fotolii de tratament ergonomice și ajustabile electric).
5. Acces la tehnologie medicală de ultimă generație la nivel european (folosind tehnica IMRT-VMAT, ședințele de radioterapie sunt scurte și cu acuratețe ridicată).
6. Organizarea de consultații de nutriție private nelimitate și ședințe private de consiliere psihologică nelimitate, la solicitarea Asiguratului.

Voucherul de servicii medicale nu acoperă prestarea serviciilor medicale de tratare a cancerului (de ex. chimioterapie, radioterapie). Atare servicii vor putea fi prestate în cadrul Clinicilor Amethyst, la cererea expresă a Asiguratului și cu condiția ca acesta să fie asigurat în mod valabil în cadrul Sistemului Național de Asigurări de Sănătate.

### B. PROCEDURA DE URMAT PENTRU ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE

În cazul diagnosticării cu o afecțiune gravă-cancer, Asiguratul va parcurge următoarele etape:

1. Contactează direct rețeaua Clinicilor Amethyst la numărul de Call-Center indicat 021 9368, în intervalul orar 9 a.m.- 5 p.m. și comunică reprezentantului desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst că dorește să beneficieze de servicii medicale specifice.
2. Reprezentantul desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst va verifica eligibilitatea Asiguratului de a beneficia de serviciile medicale oferite de Clinicile Amethyst în baza Voucherului de servicii medicale (se verifică existența unui contract de asigurare Optimist și valabilitatea acestuia).
3. Asiguratul va prezenta buletinul histopatologic pentru a face dovada diagnosticului și de asemenea va face dovada că este asigurat în Sistemul Național de Asigurări de Sănătate (prin copia cardului de sănătate sau alt document doveditor, valabil la momentul prezentării).

4. Reprezentantul desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst verifică dacă Asiguratul a fost diagnosticat cu cancer și dacă acesta este asigurat în Sistemul Național de Asigurări de Sănătate.
5. Dacă Asiguratul îndeplinește condițiile de la punctul 4 de mai sus, atunci reprezentantul desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst stabilește programarea la una din Clinicile din rețea în vederea consultării Asiguratului de către un medic oncolog.
6. Medicul specialist oncolog din cadrul rețelei Clinicilor Amethyst va intra în legătură cu Asiguratul și îi va comunica, dacă este cazul, ce investigații suplimentare sunt necesare pentru stabilirea tratamentului optim (de exemplu: lista controalelor medicale ce trebuie efectuate, documente suplimentare de obținut, etc).
7. În termen de maximum 72 de ore de când Asiguratul a pus la dispoziția specialiștilor rețelei Clinicilor Amethyst informațiile suplimentare conform punctului 6 de mai sus, o consultație față în față va fi programată de către reprezentantul desemnat al rețelei Clinicilor Amethyst.

## Date de contact pentru Rețeaua Clinicilor Amethyst operate de RTC Radiology Therapeutic Center Srl

Centrul de radioterapie Amethyst București

Contact: 0219368

Tel: 0372 744 344 / 0737 877 888

Mail: [office@amethyst-radiotherapy.ro](mailto:office@amethyst-radiotherapy.ro)

Adresă: Drumul Odăii, nr.42, Otopeni, Jud. Ilfov, cod poștal 075100

Centrul de radioterapie Amethyst Cluj

Contact: 0264950

Tel: 0728 544 544 / 0732 698 529

Mail: [office.cluj@amethyst-radiotherapy.ro](mailto:office.cluj@amethyst-radiotherapy.ro)

Adresă: str. Răzoare, nr. 486 G, Florești, Cluj, cod poștal 407280

Clinica de Oncologie Medicală Amethyst Fundeni

Contact: 0219368

Tel: 0371 515027

Mail: [fundeni@amethyst-radiotherapy.com](mailto:fundeni@amethyst-radiotherapy.com)

Adresă: Șos. Fundeni, nr. 163, sector 2, București

Dacă aveți nevoie de informații suplimentare, consultantții Aegon vă stau la dispoziție cu plăcere. Ne puteți contacta telefonic la numărul de Customer Service Center **0264 224 224** sau prin e-mail la adresa [info@aegon.ro](mailto:info@aegon.ro).