

CONDIȚII SPECIALE ALE PLANULUI DE ASIGURARE 360 CARE PREMIUM

Condițiile speciale ale planului de asigurare se bazează pe Termenii și condițiile generale de asigurare. Prevederile Termenilor și condițiilor generale de asigurare sunt valabile, în cazul în care condițiile speciale ale planului de asigurare nu prevăd altfel. Dispozițiile privind condițiile de plan au prioritate față de Termenii și condițiile generale de asigurare.

Capitolul I. Termeni și Definiții

Consultanță telefonică medicală privind polița de asigurare: Apel telefonic către persoana care urmează să fie asigurată, pentru a evalua riscul.

Control preventiv: proceduri medicale care constau într-o consultație clinică de medicină generală și investigații medicale pe care Persoana Asigurată are dreptul le efectueze o dată la 12 luni printr-o programare efectuată în Call Center.

Contractul de Asigurare: Toate documentele care reglementează relația dintre asigurător, contractant și persoana asigurată și drepturile și obligațiile fiecăruia. Contractul de asigurare este alcătuit din: Oferta de asigurare, Polița de asigurare, Termenii și condițiile generale de asigurare, Condițiile speciale ale planului de asigurare, și, dacă este cazul, alte dispoziții speciale convenite între părți.

Evaluarea riscului: procedura, pe parcursul căreia Asigurătorul verifică dacă și unde este cazul, în ce condiții va asigura viitoarea persoană asigurată. Printre numeroși factori vor fi luate în considerare și vârsta, ocupația și starea de sănătate a persoanei asigurate. Pe lângă informațiile furnizate de Contractant și Persoana Asigurată, Asigurătorul solicită informații suplimentare în cadrul unui interviu telefonic și poate solicita documente de la Persoana Asigurată, medici și/ sau instituții medicale.

Monitorizarea sarcinii: consultații, investigații și teste de laborator efectuate pe parcursul sarcinii și în legătură cu aceasta, pentru a urmări evoluția acesteia.

Naștere: toate beneficiile medicale accesate de Persoana Asigurată la momentul nașterii, indiferent de modul în care aceasta are loc (prin naștere naturală, naștere prin operație cezariană) și indiferent de numărul de nou-născuți.

Planul principal de asigurări de sănătate: Un plan principal de asigurări de sănătate poate fi încheiat singur. Acoperirea suplimentară cu alte asigurări principale și/ sau un plan suplimentar de asigurare de sănătate este posibilă.

Planul suplimentar de asigurări de sănătate: Un plan suplimentar de asigurări de sănătate nu poate fi încheiat singur. Asigurarea de bază este necesară cu un Plan Principal de Asigurări de Sănătate.

Polița de asigurare: Documentul scris, emis de Asigurător, care dovedește încheierea Contractului de asigurare între contractant și Asigurător. Polița va fi trimisă contractantului împreună cu Termenii și condițiile generale de asigurare, Condițiile speciale ale planului de asigurare și, după caz, alte dispoziții speciale convenite între părți.

Plan de asigurare: Servicii Medicale acoperite prin asigurare ca urmare a unui Eveniment asigurat în limitele menționate în Contractul de asigurare.

Tratamente în ambulatoriu: proceduri medicale efectuate de un medic în conformitate cu cunoștințele medicale universale, fără spitalizare peste noapte într-o instituție medicală.

Capitolul II. Reglementări generale

Articolul 1. Planul de Asigurare de Sănătate

(1) Produsul de Asigurare de Sănătate 360 Care este compus din două planuri de asigurare: un plan de bază și planul suplimentar. Planul de bază este Planul principal de asigurare de sănătate Take Care Premium. Planul suplimentar este Planul de asigurare de sănătate 360 Care Premium. Dacă Planul principal de asigurări de sănătate se încheie, se încheie și planul suplimentar 360 Care Premium în același timp.

Articolul 2. Obiectul Contractului de Asigurare

(1) Prin derogare de la art. 1 alin. (1) din Termenii și condițiile generale de asigurare, Asigurătorul plătește, în condițiile prevăzute în prezentul Contract de asigurare, beneficiile medicale efectiv prestate și acoperite de Planul de Asigurare, către Furnizorul de Servicii Medicale sau către Persoana Asigurată.

Articolul 3. Scopul asigurării

(1) Prin derogare de la articolul 2 alineatul (1) din Termenii și Condițiile generale de asigurare, scopul asigurării rezultă din Polița de asigurare, Termenii și condițiile generale de asigurare, Condițiile speciale ale planului de asigurare și Acordurile scrise încheiate între părți.

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.

Capitolul III. Reglementări premergătoare încheierii Contractului

Articolul 4. Obligațiile Contractantului

(1) Prin derogare de la articolul 4 alineatul (1) din Termenii și condițiile generale de asigurare, Contractantul nu declară circumstanțele în Formularul Cerere de Asigurare. În loc de aceasta, după semnarea Ofertei de Asigurare va avea loc un apel telefonic către toate persoanele ce urmează să fie asigurate pentru a evalua riscul care trebuie luat în considerare (Tele-Underwriting/Consultanță telefonică medicală privind polița de asigurare). Apelul telefonic va fi înregistrat.

(2) Toate celelalte reglementări din articolul 4 din Termenii și condițiile generale de asigurare sunt valabile.

Capitolul IV. Reglementări pe durata perioadei de valabilitate a Contractului

Articolul 5. Încheierea contractului de asigurare

(1) Vârsta maximă de acceptare a unei persoane în calitate de Persoană Asigurată este de 60 de ani. Vârsta maximă pentru continuarea contractului de asigurare este de 65 de ani.

Vârsta este determinată ca vârsta atinsă a Persoanei Asigurate la data începerii Asigurării.

(2) Vârsta minimă de acceptare a unei persoane în calitate de Persoană Asigurată este de 1 an.

Contractantul Poliței își poate asigura copilul nou-născut imediat după naștere, conform condițiilor actuale, dacă cel puțin un părinte și posibili frați și surorile cu vârsta sub 18 ani sunt asigurați de Asigurător cu cel puțin trei luni (înainte de momentul în care nou-născutul va fi asigurat). Asigurarea copilului nou-născut nu poate fi făcută printr-un plan de asigurare mai cuprinzător decât cel pentru un părinte. În cazul în care Contractantul solicită în scris o nouă Asigurare a nou-născutului în termen de o lună de la naștere, obligațiile prevăzute la articolul 4 alineatele (1) și (2) din Termenii și condițiile generale de asigurare nu se aplică.

Articolul 6. Perioada de așteptare

(1) Prin derogare de la Articolul 7 (3) - (4) din Termenii și condițiile generale de asigurare, Perioada de Așteptare este de 10 luni pentru serviciile medicale aferente nașterii și monitorizării sarcinii.

Articolul 7. Calculul primelor de asigurare

(1) Suplimentar față de articolul 9 (2) din Termenii și condițiile generale de asigurare, prima de asigurare depinde în cazul contractelor de asigurare cu durată mai mare de un an și de alți doi factori:

Inflația Medicală și Rata daunei portofoliului:

- Inflația Medicală este generată de doi factori: (a) creșterea prețurilor serviciilor medicale și (b) dezvoltarea logistică medicală (atât unitățile medicale cât și tehnolo-

gia medicală)

- Rata daunei portofoliului este determinată de comportamentul portofoliului (per plan) în ceea ce privește rata de utilizare a serviciilor medicale. Factorul Rata daunei va fi calculat ca o ajustare față de factorul de incidență calculat, utilizat în modelul de stabilire a prețurilor.

Cei doi factori de mai sus vor fi comunicați prin intermediul site-ului Asigurătorului la începutul fiecărui an calendaristic și vor fi aplicați pentru întregul portofoliu la data aniversării a fiecărui contract.

În cazul în care Contractantul nu este de acord cu ajustarea Primei de Asigurare, poate rezilia contractul de asigurare în termen de 10 zile înainte de aniversarea Poliței.

În cazul în care Contractantul nu transmite o notificare de reziliere a Contractului de Asigurare, se consideră că acesta s-a familiarizat în mod corespunzător cu aceștia și a acceptat ajustarea Primei de Asigurare, precum și modificarea Contractului de Asigurare în legătură directă cu aceștia.

În cursul Anului de Asigurare, ajustările de primă nu sunt posibile, cu excepția cazurilor în care Contractantul / Persoana Asigurată și-a încălcat obligația menționată la articolul 4 alineatele (1) și (2) din Termenii și condițiile generale de asigurare.

Articolul 8. Plata primelor de asigurare

(1) Prin derogare de la art. 10 (4) din Termenii și condițiile generale de asigurare, Primele de Asigurare (sau plata inițială în cazul ratelor sub-anuale) trebuie plătite la data la care Oferta de asigurare este finalizată. În cazul în care Asigurătorul refuză Acoperirea de Asigurare, aceasta nu va începe, iar Prima plătită la semnarea Ofertei de Asigurare va fi returnată.

Articolul 9. Extinderea obligației de acoperire prin Asigurare

(1) Prin derogare de la articolul 11 alineatul (1) din Termenii și condițiile generale de asigurare, Acoperirea Asigurării nu este acordată în cazul modulului "Control preventiv" (descriș mai jos) numai pentru tratamentele necesare din punct de vedere medical, ca urmare a unei tulburări, vătămări corporale sau ca rezultat al unui accident.

Capitolul V. Acoperirea prin asigurare

Articolul 10. Limita maximă asigurată

(1) Nu există o limită maximă asigurată pe an de asigurare în cadrul acestui plan de asigurare.

Articolul 11. Limitele răspunderii Asigurătorului / Excluderile

(1) În plus față de articolul 12 din Termenii și condițiile generale de asigurare, responsabilitatea asigurătorului pentru plata beneficiilor de Asigurare ca urmare a unui Eveniment Asigurat este limitată. Nu există acoperire pentru:

- Servicii Medicale de alergologie;

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.

- Servicii Medicale pentru Boli, Tulburări genetice;
- Servicii Medicale de genetică și biologie moleculară;
- Servicii Medicale de nutriție;
- Servicii Medicale de dializă;
- Servicii Medicale privind corectarea vederii;
- Servicii Medicale privind investigațiile medicale speciale PET-CT, angiografie (de exemplu, dar fără a se limita la: coronografie, arteriografie), ultrasunete cu substanță de contrast);
- Servicii Medicale prestate pe perioada spitalizării;
- Servicii Medicale prestate în afara locației Furnizorilor de Servicii Medicale;
- Servicii Medicale pentru orice consecințe și/sau urmări ale Excluderilor și/sau ale situațiilor care nu sunt acoperite conform Contractului.
- Beneficii medicale aferente cerințelor privind medicina muncii și cerințele legate de ocupație;
- Beneficii medicale legate de spitalizare de zi;

(2) Prin derogare de la Articolul 12 alineatul (12) din Termenii și condițiile generale de asigurare, Asigurătorul își asumă de asemenea responsabilitatea pentru modul "Control Preventiv" (descriș mai jos) respectiv pentru decontarea Serviciilor Medicale care nu sunt necesare din punct de vedere medical.

(3) Responsabilitatea Asigurătorului pentru Indemnizațiile de Asigurare aferente procedurilor de balneofiziokinetoterapie sunt limitate la 20 de proceduri pe an de asigurare.

Articolul 12. Call Center

(1) Prin derogarea de la articolul 14 alineatul (1) din Termenii și condițiile generale de asigurare, programarea Serviciilor medicale se poate realiza prin Call Center sau direct de către Persoana Asigurată prin intermediul SIGNAL CARE Assistant.

(2) Prin derogare de la articolul 14 alineatul (1) din Termenii și condițiile generale de asigurare, în cazul nașterii nu este necesar să se autorizeze Serviciile Medicale prin intermediul Call Center. În cazul Furnizorului de servicii medicale private din afara Mediqa Net și cazul furnizorilor de servicii medicale publice nu se va oferi niciun serviciu de programare de către Call Center.

Articolul 13. Apariția evenimentului asigurat, plata indemnizațiilor de asigurare

(1) Prin derogare de la articolul 15 alineatele (1) și (3) din Termenii și condițiile generale de asigurare, serviciile medicale pot fi efectuate și la furnizorii de servicii medicale care nu sunt incluși în Rețeaua furnizorilor de servicii medicale Mediqa Net. În acest caz, nu este asigurată programarea prin Call Center.

(2) Prin derogare de la articolul 15 alineatele (4), (5) și (7) din Termenii și condițiile generale de asigurare nu există un catalog al serviciilor medicale incluse în acest plan de asigurare.

(3) În cadrul acestui plan, SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va acoperi 100% din valoarea

Serviciilor Medicale în funcție de tipul de furnizor de servicii medicale la care sunt prestate așa cum se menționează în prezentele Condiții speciale ale planului de asigurare, după cum urmează:

a. În cadrul unui furnizor de servicii medicale private din cadrul Mediqa Net:

În conformitate cu articolul 15 din Termenii și condițiile generale de asigurare și cu prezentele condiții speciale ale planului de asigurare.

b. În cadrul unui furnizor medical privat în afara Mediqa Net și, de asemenea, pentru serviciile furnizate în cadrul unui furnizor de servicii medicale private, în cadrul Mediqa Net, dar neautorizate prin Call Center: Conform capitolului VI. Plata prestațiilor medicale în afara Mediqa Net.

Articolul 14. Modulele de servicii medicale asigurate

(1) În cadrul acestui plan SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va acoperi tratamentele ambulatorii numai dacă acestea sunt necesare din punct de vedere medical, fiind prescrise de un medic specialist. În cadrul Mediqa Net, serviciile trebuie autorizate de Call Center.

a. Tratamentul în ambulatoriu

În cadrul acestui plan, SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va acoperi toate serviciile medicale prestate în ambulatoriu legate de:

- Consultații medicale de specialitate;
- Analize de laborator de specialitate;
- Investigații medicale de specialitate;
- Tratamente medicale de specialitate.

b. Monitorizarea sarcinii

În cadrul acestui plan SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va acoperi Serviciile Medicale în timpul și în legătură cu sarcina, pentru a urmări evoluția sarcinii, acest serviciu fiind disponibil în ambulatoriu, fără spitalizare și numai în cazul unei sarcini confirmate de specialistul ginecolog-obstetric.

Sub-limita maximă asigurată în cadrul acestui modul este de 2.500 RON per sarcină.

c. Naștere

În cadrul acestui plan, SIGNAL IDUNA Reasigurarea Asigurarilor S.A. va acoperi Serviciile Medicale legate de naștere, pe baza tipului de Furnizor de servicii medicale unde se acordă aceste beneficii, după cum urmează:

a) pentru naștere în cadrul unui Prestator de Servicii Medicale Privat, Asigurătorul va plăti la finalul spitalizării 100% din valoarea facturii plătite, dar nu mai mult de 7.500 lei per Asigurat, pe an, pe eveniment.

b) pentru naștere în cadrul unui Prestator de Servicii Medicale public, Asigurătorul va plăti o sumă de 7.500 lei pe asigurat, pe an, pe eveniment.

Sub-limita maximă asigurată în cadrul acestui modul este de 7.500 RON per An de Asigurare.

Sub-limita maximă este valabilă indiferent de numărul de copii născuți.

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.

d. Control Preventiv

În cadrul acestui plan, SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va acoperi toate Serviciile Medicale inclusiv controlul preventiv, de rutina, screening, profilaxie. Serviciile Medicale sunt acoperite numai dacă sunt autorizate prin intermediul serviciului Call Center al Asigurătorului și numai dacă acestea sunt prestate în cadrul Rețelei de Furnizori de Servicii Medicale.

Sub-limita maximă asigurată în cadrul acestui modul este de 1.000 RON per An de Asigurare.

e. Easy-pay (*sistemul ușor de plătit)

În cadrul acestui plan SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va oferi un instrument financiar, care poate fi utilizat pentru plăți în afara Mediq Net, pentru a nu plăti în avans, din buzunar.

Articolul 17. Alte prevederi legate de prestarea Beneficiilor medicale

(1) Orice serviciu medical se poate presta numai dacă este necesar din punct de vedere medical și pe baza unei prescripții de la un medic, având legătură cu o boală, tulburare și / sau vătămare corporală.

(2) O recomandare medicală este valabilă numai dacă va conține următoarele informații: numele complet al Asiguratului, diagnosticul (final sau prezumtiv), recomandarea medicală, data recomandării și ștampila medicului.

Capitolul VI. Plata prestațiilor medicale în afara Mediq Net

Articolul 15. Reguli generale

(1) SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va plăti indemnizația zilnică sau va rambursa costurile aferente prestațiilor medicale direct Persoanei Asigurate pe baza Poliței de Asigurare și pe baza oricăror documente cerute de Asigurător pentru a stabili obligația de plată.

(2) Serviciile medicale prestate în afara rețelei de furnizori de servicii medicale vor fi rambursate Persoanei Asigurate la un nivel procentual din valoarea facturii, nivel menționat în Articolul 13.

Articolul 16. Documente necesare / condiții de plată

(1) Pentru a plăti beneficiile medicale/ indemnizația zilnică de spitalizare, Persoana Asigurată și / sau deținătorul poliței trebuie să furnizeze Asigurătorului următoarele documente:

| Tip document | Explicații |
|----------------------------|--|
| FORMULAR RAMBURSARE | Document prin care se solicită plata costurilor efectuate de către Asigurat. Acest document se va trimite pentru fiecare solicitare de rambursare. |

| | |
|--|---|
| ACT DE IDENTITATE | Document obligatoriu doar pentru primul dosar de rambursare sau la schimbarea datelor personale. Copie act identitate Asigurat și copie act identitate persoană desemnată pentru încasarea sumelor datorate de Asigurător în baza asigurării. |
| DOCUMENTE BANCARE | Document obligatoriu doar pentru primul dosar de rambursare sau la schimbarea datelor bancare. Dovada deținerii contului bancar în care se dorește efectuarea plății. Dovada deținerii contului bancar reprezintă un document care trebuie să conțină următoarele elemente: numele și prenumele Asiguratului, sucursala băncii și codul IBAN. Acesta poate fi un document eliberat de către bancă sau un printscreen din HomeBanking. |
| DOCUMENTE MEDICALE JUSTIFCATIVE | Toate documentele emise de către medicul curant/instituția medicală prin care să se detalieze: motivul prezentării la medic, istoricul afecțiunii curente, diagnosticul complet (de exemplu: scrisoare medicală, bilet de trimitere, bilet ieșire din spital, rezultate investigații medicale). |
| DOVADA DE PLATĂ | Toate documentele financiare emise de către instituția medicală prin care să se evidențieze explicit costul fiecărui serviciu medical efectuat: bon fiscal, chitanță și/ sau factură, ordin de plată, etc. |

În funcție de complexitatea cazului medical și de nivelul informațiilor găsite în documentele obligatorii, SIGNAL IDUNA poate solicita documente suplimentare.

| Tip document | Explicații |
|--|--|
| SCRISOAREA MEDICALĂ (formular tip Signal Iduna) | În cazul în care DOCUMENTELE MEDICALE JUSTIFCATIVE nu specifică clar motivele medicale ale recomandărilor medicului curant în urma consultului efectuat de către Asigurat, se va completa formularul SCRISOARE MEDICALĂ. |

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.

Calea Floreasca 60, Etaj 6, 7 și 8
București, Sector 1, Cod Poștal 014462
Telefon: (+40) 31 730 71 00
Fax: (+40) 31 730 71 77
www.signal-iduna.ro

Cod Unic Înregistrare: 23545104
Registrul Comerțului: J40 /5098 /19.03.2008
Capital social subscris și vărsat: 65.134.785,80 RON
Banca: Citibank Europe plc. Dublin - Sucursala România
IBAN: RO18 CITI 0000 0006 5009 6002
Cod LEI: 529900617I2922N1YT16

Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară
Companie administrată în sistem dualist
Număr de înregistrare în Registrul Asigurătorilor
RA-062 /11.06.2008
Număr autorizație 505 /10.06.2008
Operator de date cu caracter personal numărul 9402

| | |
|-------------------------|---|
| RAPORT ANAMNEZĂ | În cazul în care informațiile medicale din cadrul DOCUMENTELOR MEDICALE JUSTIFICATIVE nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii cu privire la necesitatea medicală a Asiguratului, se va completa formularul RAPORT ANAMNEZĂ. |
| RAPORT FINANCIAR | În cazul în care DOVADA DE PLATĂ sau informațiile financiare nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii, se va completa formularul RAPORT FINANCIAR. |
| Alte documente | În cazul în care datorită specificului cazului sunt necesare și alte documente ele vor fi solicitate de Asigurător. |

De reținut:

- Formularele necesare în vederea rambursării costurilor efectuate cu Serviciile Medicale precum și tipul lor se regăsesc sub forma unui opis pe FORMULARUL RAMBURSARE.
- Orice alte documente necesare evaluării sau completării dosarului, inclusiv originalul copiilor transmise anterior, pot fi solicitate de către Asigurător.

(2) Asiguratul are opțiunea de a trimite toate documentele în format electronic (scanate color) prin email la adresa rambursare@suportsanatate.ro sau prin intermediul aplicației mobile Signal Care Assistant. În anumite circumstanțe, Asigurătorul poate solicita depunerea documentelor referitoare la dosarul inițial de rambursare.

(3) Documentele menționate în cadrul alineatului (1) de mai sus trebuie să fie recepționate de către Asigurător de la Asigurat în termen de 30 zile calendaristice de la data efectuării Serviciilor Medicale a căror rambursare se solicită sau pentru care se solicită indemnizație. Asigurătorul are dreptul de a refuza plata în cazul în care, ca urmare a depășirii intervalului de timp anterior menționat, acesta nu poate finaliza evaluarea solicitării.

(4) Documentele într-o limbă străină vor fi însoțite de o traducere legalizată în limba română în original.

(5) SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va rambursa Serviciile Medicale/plăți indemnizația prin transfer bancar, în lei, în România, în contul furnizat de către Asigurat în maxim 20 zile de la data la care SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. primește de la Asigurat ultimul document solicitat în vederea stabilirii obligației de plată.

(6) În cazul în care serviciile medicale au fost achitate de către Asigurat în altă monedă decât Lei, pentru rambursare/plata indemnizației se va folosi ca etalon cursul de schimb al BNR valabil pentru moneda respectivă la data emiterii facturii pentru serviciile medicale.

(7) SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A. va achita Serviciile Medicale/indemnizația direct Asiguratului. În cazul Asiguraților cu vârsta până la 18 ani suma va fi achitată către tutorele legal.

(8) În cazul decesului Asiguratului Serviciile Medicale efectuate anterior sau indemnizația datorată vor fi achitate moștenitorilor legali.

Capitolul VII. Rezilierea Contractului

Articolul 18. Data expirării Asigurării, sfârșitul asigurării

(1) Data de expirare a Asigurării este menționată în polița de asigurare.

Articolul 19. Reînnoirea contractului

Oricare dintre părți poate anunța intenția de a nu continua contractul de asigurare prin trimiterea către cealaltă parte a unei notificări scrise cu 30 de zile înainte de termenul de expirare.

(3) Asigurătorul poate trimite Contractantului, cu 30 de zile înainte de termenul de expirare, o propunere de reînnoire, pentru care părțile trebuie să fie de acord până la data expirării. În cazul în care părțile nu sunt de acord cu privire la propunerea de reînnoire, Contractul va înceta la data expirării.

(4) Cu toate acestea, oricare dintre părți poate rezilia Contractul în orice moment, trimițând celeilalte părți o notificare scrisă cu 20 de zile înainte de data denunțării.

(5) Orice notificare scrisă poate fi trimisă între părți prin e-mail.

Capitolul VIII. Alte dispoziții

Articolul 20. Intrarea în vigoare a Condițiilor speciale de plan

Aceste Condiții speciale de plan au fost aprobate de către consiliul director al S.C. SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare S.A..

(2) Aceste condiții de plan sunt aplicabile contractelor de asigurare în vigoare din Aprilie 2019.

SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.

Calea Floreasca 60, Etaj 6, 7 și 8
București, Sector 1, Cod Poștal 014462
Telefon: (+40) 31 730 71 00
Fax: (+40) 31 730 71 77
www.signal-iduna.ro

Cod Unic Înregistrare: 23545104
Registrul Comerțului: J40 /5098 /19.03.2008
Capital social subscris și vărsat: 65.134.785,80 RON
Banca: Citibank Europe plc. Dublin - Sucursala România
IBAN: RO18 CITI 0000 0006 5009 6002
Cod LEI: 5299006171Z922N1YT16

Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară
Companie administrată în sistem dualist
Număr de înregistrare în Registrul Asiguraților
RA-062 /11.06.2008
Număr autorizație 505 /10.06.2008
Operator de date cu caracter personal numărul 9402