

1. DEFINIȚII

- 1.1. Asigurat: titularul interesului cu privire la riscul asigurat; atunci când Asiguratul este și Contractant, înțelesul noțiunii de Contractant va fi interpretat ca făcând parte din definiția Asiguratului. Asiguratul trebuie să aibă un interes cu privire la riscul asigurat, interes care trebuie să existe și să fie actual pe întreaga perioadă asigurată a Contractului de asigurare.
- 1.2. Asigurător: UNIQA Asigurări S.A persoană juridică română, administrată în sistem dualist, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară prin Decizia de Autorizare nr. 8 din 23.10.2001, înmatriculată în Registrul Asigurătorilor sub nr. RA-007/2003, având sediul social în București, sector 1, Str. Nicolae Caramfil, nr. 25, parter, etaj 2-4 înmatriculată la Oficiul Registrului Comerțului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/13092/2004, Cod Unic de Înregistrare 1813613, cod LEI 529900EHBJS3Z379SR41.
- 1.3. Beneficiar: persoana îndreptățită să primească despăgubirea în cazul producerii evenimentului asigurat.
- 1.4. Condițiile de risc: reprezintă totalitatea elementelor și informațiilor care stabilesc nivelul riscului acoperit prin Contractul de asigurare; analiza condițiilor de risc se face de către Asigurător și conduce la formularea termenilor și condițiilor în care este emis Contractul de asigurare; modificarea condițiilor de risc în timpul perioadei de asigurare conduce la obligația Contractantului/Asiguratului de a aviza în scris Asigurătorul cu privire la acest aspect.
- 1.5. Contract de asigurare: actul încheiat în formă scrisă prin care Contractantul/Asiguratul se obligă să plătească prima de asigurare către Asigurător, iar Asigurătorul se obligă ca în cazul producerii unui eveniment asigurat să plătească o despăgubire/indemnizație de asigurare în limitele și condițiile stabilite prin Contractul de asigurare, Asiguratului sau Beneficiarului. Acesta este un contract civil care cuprinde Polița de asigurare, Condițiile generale de asigurare, Condițiile specifice de asigurare, Clauzele suplimentare, Cererile-chestionar, Anexele, eventualele Acte adiționale și orice alt document anexat la acesta.
- 1.6. Contractant: persoana care încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul pentru asigurarea unor riscuri privind o altă persoană ori pentru bunuri sau activități ale acesteia și se obligă față de Asigurător să plătească prima de asigurare și să respecte obligațiile care îi revin prin Contractul de asigurare. Contractantul poate avea și calitate de Asigurat. În tot cuprinsul Contractului de asigurare, atunci când se vor citi formulări de tipul „Contractant/Asigurat/Beneficiar” sau similare se va înțelege că textul se referă la „Contractant și/sau Asigurat și/sau Beneficiar și/sau prepușii acestora” oricare dintre ei pot fi răspunzători de acțiunea sau obligația la care se face referire în text.
- 1.7. Culpă: formă a vinovăției. Fapta este săvârșită din culpă când autorul fie prevede rezultatul faptei sale, dar nu îl acceptă, socotind fără temei că nu se va produce, fie nu prevede rezultatul faptei, deși putea și trebuia să îl prevadă.
- 1.8. Culpă gravă: culpa este gravă atunci când autorul a acționat cu o neglijență sau imprudență pe care nici persoana cea mai lipsită de dibăcie nu ar fi manifestat-o față de propriile interese.
- 1.9. Despăgubire/indemnizație de asigurare convenită: suma datorată/plătită de Asigurător, Asiguratului/Beneficiarului Contractului de asigurare în urma producerii unui eveniment asigurat conform condițiilor.
- 1.10. Eveniment asigurat: risc asigurat definit în condițiile contractuale, care s-a produs sau începe să se manifeste în timpul perioadei de asigurare, în mod brusc și neprevăzut, care are drept consecințe apariția unor daune, și în urma cărora se naște dreptul la despăgubire.
- 1.11. Franșiză: partea din valoarea daunei suportată de Asigurat / Beneficiar, pentru fiecare eveniment asigurat, stabilită conform Contractului de asigurare ca valoare fixă sau ca procent din suma asigurată, ori din limita de răspundere sau de indemnizație, ori din sublimită sau ca procent din daună și care se deduce din valoarea totală a daunei, rezultând despăgubirea convenită.
- 1.12. Limita de despăgubire: suma maximă prevăzută în polița de asigurare și/sau în cererea-chestionar/specificația de asigurare pe care Asigurătorul o va despăgubi pentru un singur eveniment și/sau pe întreaga perioadă de asigurare. Limitele de despăgubire se pot stabili pentru fiecare locație asigurată, bun asigurat, pe tipuri de riscuri, clauze suplimentare sau cheltuieli acoperite și se consideră întotdeauna ca fiind inclusă în suma asigurată totală din poliță și nu se adaugă la aceasta.
- 1.13. Perioada de asigurare: intervalul de timp menționat în poliță pentru care Asigurătorul preia răspunderea pentru producerea evenimentelor asigurate.

1.14. Poliță: document care face parte din Contractul de asigurare, care conține informații specifice și detaliate cu privire la Asigurat/Contractant/Beneficiar, la obiectul asigurării, sumele asigurate, limitele de despăgubire, primele de asigurare, limitele de răspundere sau de indemnizație sau sublimitele asigurate, riscurile și cheltuielile asigurate, franșize, clauze și alte mențiuni făcute în scris; reprezintă mijlocul de probă care dovedește încheierea Contractului de asigurare, momentul începerii și cel al încetării răspunderii Asigurătorului.

1.15. Prima de asigurare: suma datorată de Asigurat/Contractant menționată în poliță, pentru preluarea de către Asigurător a riscurilor asigurate.

1.16. Risc asigurat: eveniment viitor, posibil, dar incert, acoperit de Asigurător, a cărui producere ar putea cauza daune.

1.17. Sumă asigurată/Limita de răspundere sau de indemnizație: sumă pentru care s-a încheiat asigurarea, conform declarației Contractantului/Asiguratului în Cererea chestionar sau în orice alt document anexat la Contractul de asigurare, fie rezultată din sistemele specifice de calcul ale Asigurătorului și acceptată de către Asigurat; reprezintă răspunderea maximă a Asigurătorului în cazul producerii unui sau mai multor evenimente asigurate.

1.18. Sublimită: sumă stabilită în cadrul sumei asigurate sau limitei de răspundere sau de indemnizație pentru anumite riscuri și/sau cheltuieli asigurate nominalizate în mod expres în Contractul de asigurare; reprezintă răspunderea maximă a Asigurătorului în cazul producerii evenimentului respectiv sau în cazul efectuării cheltuielilor respective; sublimita nu operează în sensul majorării sumei asigurate / limitei de răspundere sau de indemnizație asumate de către Asigurător.

1.19. Mijloace de comunicare la distanță: orice mijloc care, fără a necesita prezența fizică simultană a celor două părți, asigurat și asigurător, poate fi folosit pentru comunicări privind încheierea, executarea, modificarea și încetarea contractului de asigurare (telefon, poștă electronică etc.).

2. CLAUZA GENERALĂ A CONTRACTULUI DE ASIGURARE

2.1. Prin Contractul de asigurare, Asigurătorul se obligă ca în urma producerii unui eveniment din risc asigurat în timpul perioadei de asigurare să achite Asiguratului/ Beneficiarului Contractului de asigurare despăgubirea cuvenită în condițiile prevăzute în prezentul Contract de asigurare, sub rezerva Cererii-chestionar semnată de Contractantul asigurării sau de către Asigurat, precum și a oricăror informații transmise în scris de acesta, cu condiția respectării condițiilor de asigurare, inclusiv a capitolelor și mențiunilor privitoare la riscurile asigurate, excluderile, obligațiile părților și oricăror alte elemente stabilite de comun acord și comunicate în scris de părți și în baza faptului că a fost achitată prima de asigurare în cuantumul și la scadențele prevăzute în Contractul de asigurare.

2.2. Contractul de asigurare încheiat în baza prezentelor Condiții generale de asigurare acoperă riscuri și este valabil numai pe teritoriul României și este supus dispozițiilor legale din România, iar condițiile de asigurare se completează cu prevederile legale în vigoare.

2.3. Prezentele Condiții generale de asigurare sunt completate și, dacă este cazul, modificate de Condițiile specifice de asigurare și, dacă este cazul, de Clauzele suplimentare referitoare la fiecare produs de asigurare în parte.

3. OBIECTUL, RISCURILE ȘI CHELTUIELILE ACOPERITE PRIN CONTRACTUL DE ASIGURARE

Obiectul asigurării, riscurile asigurate și cheltuielile acoperite prin Contractul de asigurare sunt prevăzute în Condițiile specifice de asigurare și, dacă este cazul, în Clauzele suplimentare.

4. INTERESUL ASIGURAT

4.1. Asiguratul trebuie să aibă un interes cu privire la riscul asigurat, interes care trebuie să existe și să fie actual pe întreaga perioadă asigurată a Contractului de asigurare. Dacă interesul asigurat aparține altei persoane, Contractantul va trebui să declare acest fapt în scris, în mod explicit, înainte de încheierea Poliței.

4.2. În cazul în care interesul asigurat nu există la data încheierii Contractului de asigurare, acesta este nul de drept, Asigurătorul având dreptul de a reține ratele de primă de asigurare deja achitate în cazul în care Contractantul sau Asiguratul sunt de rea-credință.

4.3. În cazul în care interesul asigurat încetează în timpul perioadei de asigurare Contractul de Asigurare încetează de drept de la data pierderii interesului asigurat, fără a mai fi nevoie de o notificare în acest sens, transmisă de Asigurător Asiguratului/Contractantului; prima de asigurare aferentă Contractului de asigurare este datorată de Asigurat/Contractant până la data intervenirii cauzei de încetare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

5.1. Contractantul/Asiguratul trebuie să achite prima de asigurare în aceeași monedă în care a fost stabilită suma asigurată, cu excepția situației în care Contractul de asigurare este emis în monedă străină echivalent Lei (RON), când prima de asigurare sau după caz ratele de primă de asigurare se stabilesc în monedă străină și se plătesc în Lei (RON) la cursul de referință al B.N.R. valabil la data plății.

5.2. Contractantul/Asiguratul are obligația să achite prima de asigurare la termenele convenite prin Contractul de asigurare, numerar sau prin virament în contul Asigurătorului sau al intermediarului, acolo unde este cazul. Comisioanele sau spezele

bancare sau de orice fel achitate în legătură cu plata primei de asigurare sau cu ratele acesteia sunt în sarcina Contractantului/Asiguratului.

5.3. Asigurătorul nu are obligația de a aminti sau aviza Contractantului/Asiguratului datele scadente ale obligațiilor de plată, acestea fiind menționate în Contractul de asigurare.

5.4. Primele de asigurare pentru contractele de asigurare emise pentru o perioadă de asigurare mai mică de un an, dar nu mai puțin de o lună se calculează pe baza numărului de zile acoperite prin asigurare, conform principiului „pro-rata temporis”.

5.5. Scadența/ frecvența primei de asigurare sau scadențele ratelor de primă de asigurare stabilite prin Contractul de asigurare poate/pot fi modificată/modificate în baza unei cereri scrise a Contractantului/Asiguratului, acceptată de către Asigurător și confirmată prin emiterea unui act adițional la Contractul de asigurare. Scadența/ frecvența de plată va influența în mod direct cota de primă.

6. SUMELE ASIGURATE, LIMITELE DE RĂSPUNDERE SAU DE INDEMNIZAȚIE ȘI/SAU SUBLIMITELE ASIGURATE PRIN CONTRACTUL DE ASIGURARE

6.1. Sumele asigurate, limitele de răspundere sau de indemnizație și/sau sublimitele asigurate prin Contractul de asigurare sunt menționate în Polița de asigurare și/sau în documentele anexate la aceasta care fac parte din Contractul de asigurare.

6.2. Stabilirea și declararea sumelor asigurate, limitelor de răspundere sau de indemnizație și/sau a sublimitelor asigurate prin Contractul de asigurare sunt în sarcina și responsabilitatea exclusivă a Contractantului/Asiguratului la încheierea Contractului de asigurare în cadrul Cererii chestionar și/sau în alte documente anexate la Contractul de asigurare fie rezultata din sistemele specifice de calcul ale Asiguratorului și acceptată de către Asigurat. Asigurătorul, în cazul în care sunt declarate de Contractant/Asigurat, nu poate fi ținut răspunzător pentru stabilirea unor sume asigurate, limite de răspundere sau de indemnizație și/sau a unei/unor sublimite asigurate eronate, greșite sau neconforme cu principiile cuprinse în Contractul de asigurare semnat. Încheierea Contractului de asigurare în baza sumelor asigurate, limitelor de răspundere sau de indemnizație și/sau a sublimitelor declarate de către Contractant/Asigurat nu reprezintă și nu poate fi interpretat în niciun fel ca fiind o agreeare sau o acceptare a Asiguratorului cu privire la tipul și nivelul acestor valori.

6.3. După fiecare daună suma asigurată, limita de răspundere sau de indemnizație și/sau sublimita se micșorează, cu începere de la data producerii fiecărui eveniment asigurat, pentru restul perioadei de asigurare, cu despăgubirea cuvenită, asigurarea continuând cu suma rămasă, fără ca aceasta să afecteze prima de asigurare stabilită; la cererea Contractantului/Asiguratului, suma asigurată, limita de răspundere sau de indemnizație și/sau sublimita rămasă poate fi completată sau majorată, printr-un act adițional, în baza plății diferenței de primă corespunzătoare.

6.4. Suma asigurată, limita de răspundere sau de indemnizație și/sau sublimita poate fi stabilită:

- în Lei (RON);

- în monedă străină (ex: EUR).

7. PERIOADA DE ASIGURARE. SUSPENDAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

7.1. Perioada de asigurare începe la ora 0:00 a zilei precizate în Polița de asigurare, Asiguratul beneficiind de perioada de grație la plata integrală a primei de asigurare sau a primei rate de primă, după caz, de 2 zile lucrătoare de la emiterea contractului de asigurare. În situația în care plata integrală a primei de asigurare sau a primei rate de primă, după caz, nu este achitată în cuantumul stabilit în termenul menționat anterior, polița de asigurare este nulă de drept și nu-și produce efectele.

Perioada de asigurare se termină la ora 24:00 a ultimei zile a perioadei de asigurare precizată în Polița de asigurare. Începerea și terminarea aplicării modificărilor agreeate prin acte adiționale respectă aceleași reguli privind perioada asigurată aferentă actului adițional.

7.2. Pentru ratele ulterioare de primă, Societatea acordă un termen de grație de 15 zile calendaristice, la expirarea căruia, dacă rata de prima nu a fost achitată asigurarea se suspendă retroactiv, începând cu ora 00:00 a zilei datei scadente a ratei restante, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară și va reintra în vigoare la ora 00:00 a zilei imediat următoare celei în care s-a efectuat plata, rămânând neschimbate scadențele stabilite în contract.

7.3. Daunele produse în perioada de grație vor fi suportate de către Societate doar dacă rata de primă este achitată până la data expirării perioadei de grație, în caz contrar polița fiind suspendată de la data menționată în alineatul precedent.

7.4. Perioada de asigurare este specificată în Contractul de asigurare și nu poate fi mai mare de un an sau mai mică de o zi. La cererea expresă a Contractantului/Asiguratului și cu acordul scris al Asiguratorului perioada de asigurare poate fi mai mare de un an.

7.5. În cazul neplății în cuantumul stabilit și la scadență a primelor sau ratelor de primă de asigurare prevăzute în Contractul de asigurare, Polița este suspendată automat din punct de vedere al efectelor juridice, iar răspunderea Asiguratorului încetează fără notificare în scris sau altă formalitate prealabilă, începând cu ora 00:00 a zilei următoare scadenței ratei neplătite. În cazul în care în termen de 60 de zile calendaristice de la data suspendării ca urmare a neplății la termenele scadente și/sau în cuantumul stabilit a primei de asigurare sau a ratelor acesteia, conform Contractului de asigurare, Contractantul/Asiguratul nu achită restanțele, Contractul de asigurare se reziliază automat fără a fi necesare alte formalități prealabile.

7.6. În cazul în care în perioada de suspendare, Contractantul/Asiguratul achită prima de asigurare sau ratele de primă restante în cuantumul stabilit, Contractul de asigurare reintră în vigoare la ora 00:00 a zilei următoare achitării sumelor restante, cu condiția ca Contractantul/Asiguratul să transmită o declarație pe proprie răspundere din care să rezulte faptul că nu are pretenții la despăgubiri/indemnizații de asigurare pentru evenimente produse în timpul perioadei de suspendare și efectuare inspecție de risc, după caz.

7.7. În cazul în care, în timpul perioadei asigurate, se constată creșterea condițiilor de risc față de momentul încheierii asigurării sau apariția unor riscuri suplimentare față de momentul emiterii Contractului de asigurare sau față de informațiile declarate de Contractant/Asigurat, Asigurătorul are dreptul să suspende Contractul de asigurare printr-o notificare comunicată Asiguratului, suspendarea intrând în vigoare cu respectarea termenului legal de la data primirii notificării prin mijloace de comunicare conform Art. 14. Notificări/ Comunicări de către Asigurat/ Contractant, iar pe perioada suspendării răspunderea Asigurătorului încetează. În urma constatării remedierii condițiilor de risc și în baza declarațiilor Contractantului/Asiguratului cu privire la măsurile luate asupra nivelului de risc și/sau a efectuării inspecției de risc, Asigurătorul va comunica Contractantului/Asiguratului reintrarea în vigoare a Contractului de asigurare în cel mai scurt timp, dar nu mai târziu de 2 zile lucrătoare de la data notificării Asigurătorului sau acolo unde este cazul, a efectuării inspecției de risc.

7.8. Pentru daunele produse în perioada de suspendare, Societatea nu plătește despăgubiri, perioada de asigurare prevăzută în contract nefiind prelungită cu durata suspendării.

7.9. Societatea are dreptul de a compensa primele care i se datorează până la sfârșitul anului de asigurare, în temeiul oricărui contract, cu orice indemnizație cuvenită Asiguratului sau Beneficiarului.

8. EXCLUDERI GENERALE

8.1. Orice prejudicii cauzate de război, invazie, acțiune a unui dușman extern, ostilități (indiferent dacă a fost declarată stare de război sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, conspirație, insurecție, , răzvrătire militară cu sau fără uzurparea puterii, lege marțială, acte ale persoanelor răuvoitoare care acționează în numele sau în legătură cu orice organizație politică, confiscare, naționalizare, expropriere, sechestrare, rechiziționare, distrugere sau avariere din ordinul oricărui guvern de drept sau de fapt sau oricărei autorități publice;

8.2. Orice prejudicii cauzate de acte de terorism, sabotaj; această asigurare nu acoperă daune, pierderi, costuri sau cheltuieli de orice natură cauzate direct sau indirect, rezultând din, întâmplate prin, derivate din sau în conexiune cu orice act de terorism, indiferent de orice altă cauză care contribuie direct sau indirect la respectiva daună, pierdere, cost sau cheltuială; în contextul acestei excluderi, terorismul se definește ca un act de violență sau amenințare cu violență sau o acțiune dăunătoare sau care pune în pericol vieți umane, proprietăți sau infrastructuri tangibile sau intangibile, cu intenția sau al cărei efect este influențarea oricărui guvern sau provocarea fricii în rândul populației sau a unei secțiuni a populației; în cazul în care se constată că o parte a acestei clauze nu este valabilă sau nu poate fi aplicată sau implementată, restul clauzei va rămâne în vigoare și aplicată efectiv; act de terorism mai înseamnă și folosirea oricărui agent biologic sau chimic, a unei arme sau dispozitiv/ansamblu nuclear sau a unei arme sau a unui exploziv sau a unui dispozitiv distructiv sau a unei activități de orice fel, cu intenția de a pune în pericol direct sau indirect siguranța unei proprietăți sau a uneia sau mai multor persoane; de asemenea, act de terorism mai înseamnă orice act sau activitate definită de orice lege impusă de autoritatea oricărei țări sau teritoriu unde activitatea respectivă a fost definită ca un act de terorism; în orice proces, acțiune legală sau orice altă procedură în care Asigurătorul pretinde că, din cauza acestei definiții, o daună, pierdere, cost sau cheltuială nu este acoperită de acest Contract de asigurare, dovada că o astfel de daună, pierdere, cost sau cheltuială este acoperită cade în sarcina Asiguratului sau, după caz, Beneficiarului;

8.3. Orice prejudicii ce derivă din reacție/radiație nucleară, contaminare/poluare radioactivă/orice fel de contaminare/poluare;

8.4. Distrugere, alterare, dezmembrare sau distorsionare a oricăror date în format electronic, codări, programe sau software, precum și nici un fel de funcționare defectuoasă a unui echipament hardware, program software sau componente electronice încorporate (altele decât cele rezultând dintr-o daună fizică anterioară acoperită sau dintr-o pierdere suferită la bunurile tangibile), precum și nici o pierdere de întrerupere a activității sau pierdere de profit care poate rezulta din cele de mai sus; în contextul acestei prevederi distrugerea, alterarea, dezmembrarea sau distorsionarea oricăror date în format electronic, codări, programe sau software și funcționarea defectuoasă a echipamentelor hardware, programelor software sau componentelor electronice încorporate nu constituie o pierdere fizică sau materială în sine; această excludere se aplică indiferent de existența oricărei altă prevederi din condițiile de asigurare a acestui Contract de asigurare;

8.5. Linii de transmisie sau distribuție aeriene, inclusiv fire, cabluri, piloni, stâlpi, turnuri, stații și posturi de transformare sau alte structuri și echipamente de orice tip care fac sau pot face parte din astfel de linii de transmisie sau distribuție aeriene de energie electrică, comunicații de orice fel (inclusiv audio sau video) sau telegraf, altele decât cele situate la locația asigurată sau până la o distanță de maximum 1.000 de metri de aceasta; prezenta excludere cuprinde atât daunele materiale care pot apărea la categoriile de bunuri enumerate, cât și întreruperea afacerii și/sau pierderea de profit ca urmare a unei astfel de daune materiale, dar și orice fel de răspundere care ar putea rezulta din acestea;

8.6. Fapte comise de Contractant/Asigurat/Beneficiar/Utilizator/prepușii acestora sub influența alcoolului, substanțelor toxice, narcoticelor, halucinogenelor, stupefiantelor;

8.7. Orice prejudicii produse cu intenție, ori din culpă gravă, sau în urma comiterii unei infracțiuni de Contractant/Asigurat/Beneficiar/de persoanele numite legal să îl reprezinte/de prepușii acestora sau de persoanele fizice majore care locuiesc la adresa asigurată și/sau care, în mod statornic, locuiesc și gospodăresc împreună cu asiguratul sau beneficiarul asigurării;

8.8. Prejudicii fără caracter patrimonial (daunele morale), inclusiv cele legate de discriminări de orice fel.

8.9. Nu se va acoperi și nu se va plăti nicio despăgubire ori beneficiu conform contractului de asigurare în măsura în care o asemenea acoperire, plată a daunei sau beneficiu ar expune Societatea oricărei sancțiuni, interdicții sau restricții potrivit rezoluțiilor Națiunilor Unite ori sancțiunilor comerciale sau economice, legilor sau regulamentelor Uniunii Europene sau Statelor Unite ale Americii.

8.10. Cazurile de excluderi prevăzute în Condițiile Generale se completează cu cele prevăzute în Condițiile specifice de asigurare și, dacă este cazul, cu cele din Clauzele suplimentare.

9. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

9.1. Înaintea începerii Contractului de asigurare și/sau înaintea începerii oricărei acoperiri prin asigurare și în timpul derulării Contractului de asigurare, Contractantul/Asiguratul are următoarele obligații:

9.1.1. Să ofere Asigurătorului toate informațiile de care dispune cu privire la condițiile de risc, cu ocazia completării Cererii-chestionar și a documentelor privitoare la riscurile asigurate care vor fi anexate la Contractul de asigurare, care vor sta la baza preluării în asigurare prin Contractul de asigurare, și să răspundă în scris, atât înaintea emiterii Contractului de asigurare, cât și în timpul derulării acestuia la solicitările Asigurătorului, inclusiv la cele cu privire la condițiile de risc.

Prin informații cu privire la condițiile de risc se înțeleg toate acele informații complete și detaliate care influențează riscul și care stau la baza deciziei Asigurătorului privind acceptarea/declinarea preluării în asigurare a riscului sau la acceptarea riscului pe baza unor condiții speciale sau la continuarea acoperirii prin asigurare în cazul apariției unor modificări ale condițiilor de risc în timpul derulării Contractului de asigurare;

9.1.2. Să comunice în scris orice modificare cu privire la riscurile asigurate și/sau condițiile care influențează sau pot influența riscurile asigurate în cel mult 2 (două) zile lucrătoare de la data când a luat cunoștință sau ar fi fost în măsură să ia la cunoștință acest fapt și să ia imediat pe seama sa măsurile necesare de prevenire pentru evitarea producerii unor daune;

9.1.3. Să notifice în scris în aceeași zi Asigurătorul, cu privire la introducerea oricărei cereri privind deschiderea procedurii insolvenței de către Asigurat;

9.1.4. Să notifice în scris în termen de 2 zile lucrătoare Asigurătorul, cu privire la introducerea oricărei cereri privind deschiderea procedurii insolvenței de către creditorii ai acestuia;

9.1.5. Să permită reprezentanților Asigurătorului ori de câte ori aceștia consideră necesar să verifice condițiile de risc;

9.1.6. Să se conformeze recomandărilor scrise făcute de Asigurator cu privire la condițiile de risc și măsurile de prevenire a producerii daunelor și să nu permită modificări care ar duce la majorarea condițiilor de risc;

9.1.7. Să comunice în scris Asigurătorului încetarea interesului asigurat în cel mult 2 zile lucrătoare de la data încetării acestuia;

9.1.8. Să comunice în scris Asigurătorului schimbarea adresei de contact sau a sediului, domiciliului sau reședinței sale în cel mult 2 zile lucrătoare de la data schimbării acestuia;

9.1.9. Să achite prima de asigurare sau ratele acesteia în cuantumul și la scadențele prevăzute în Contractul de asigurare și să facă dovada plății acestora, în cazul în care se impune acest lucru.

9.2. În cazul producerii evenimentului asigurat, Contractantul/Asiguratul are următoarele obligații:

9.2.1. Să ia pe seama Asigurătorului și în cadrul sumei asigurate, toate măsurile posibile pentru limitarea daunelor și să acționeze atât la data producerii evenimentului, cât și oricând ulterior acestei date, în vederea eliminării posibilităților de majorare a daunelor deja produse;

9.2.2. Să înștiințeze de îndată autoritățile și organele abilitate prin lege, potrivit cu evenimentul produs (ca de exemplu: pompierii, poliția, serviciul de ambulanță, etc.) cele mai apropiate de locul producerii evenimentului asigurat, cerând întocmirea de acte detaliate cu privire la cauzele producerii daunei (inclusiv persoanele vinovate) și la daunele provocate;

9.2.3. Să avizeze în scris Asigurătorul despre producerea evenimentului asigurat, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul când a cunoscut sau trebuia să fi cunoscut despre producerea evenimentului asigurat, precizând atât seria, numărul și data emiterii poliței, cât și toate informațiile pe care le deține cu privire la evenimentul asigurat și urmările producerii acestuia, inclusiv mărimea probabilă a daunei. Obținerea actelor cu privire la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat, de la autoritățile statului în care s-a produs riscul acoperit și de asemenea să facă dovada că a solicitat în scris autorităților statului întocmirea de documente cu privire la cauzele și împrejurările producerii evenimentului, precum și depunerea acestor acte la dosarul de daune întocmit de Asigurator, cad în sarcina Asiguratului. În cazul în care nu e posibilă obținerea documentelor și Asiguratorul nu poate stabili cauzele și împrejurările producerii evenimentului, Asiguratorul poate refuza plata despăgubirilor.

9.2.4. Să facă dovada interesului său cu privire la riscul asigurat;

9.2.5. Să pună de îndată la dispoziția Asigurătorului toate actele încheiate de organele abilitate (conform pct. 9.2.2), documentele și evidențele necesare pentru verificarea existenței și valorii bunurilor asigurate, precum și orice alte detalii și dovezi care au relevanță pentru stabilirea existenței dreptului la despăgubire și a cuantumului despăgubirii convenite;

9.2.6. Să declare dacă la momentul producerii evenimentului asigurat este depusă o cerere privind deschiderea procedurii insolvenței de către Asigurat sau de către creditorii ai acestuia.

9.3. Dacă Contractul de asigurare este semnat de un Contractant, acesta va trebui să respecte toate obligațiile care derivă din Contractul de asigurare, în afara celor care prin natura lor nu pot fi respectate decât de către Asigurat. Asiguratului/Beneficiarului/Contractantului le sunt opozabile neîndeplinirea de către oricare dintre aceștia a obligațiilor asumate prin prezentul Contract de asigurare. Respectarea obligațiilor prevăzute în Contractul de asigurare și a recomandărilor Asiguratorului preced răspunderea acestuia în legătură cu Contractul de asigurare, inclusiv cu plata despăgubirii.

10. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE. DESFIINȚAREA, REZILIEREA, DENUNȚAREA ȘI NULITATEA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

10.1. Contractul de asigurare poate fi modificat fie prin Act adițional în formă scrisă și semnat de părți, fie prin utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță, oricând după încheierea acestuia, modificările respective intrând în vigoare în condițiile convenite de părți.

10.2. În cazul în care modificarea contractului de asigurare se va face prin utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță, aceasta va fi considerată valabilă prin exprimarea consimțământului asiguratului prin astfel de mijloace, convenția părților urmând a fi materializată printr-un act adițional care va fi comunicat asiguratului fără a mai fi necesară semnătura sa.

10.3. Sumele asigurate, limitele de răspundere sau de indemnizație sau sub-limitele acoperite în baza prezentului Contract de asigurare pot fi modificate (redușe sau majorate) oricând pe durata perioadei de asigurare, cu acordul părților.

10.4. Contractul de asigurare poate fi denunțat unilateral de oricare dintre părți printr-o notificare și cu respectarea unui termen de preaviz de 20 zile calendaristice, care va începe sa curgă de la data primirii notificării de către cealaltă parte. În această situație, Asigurătorul va restitui Contractantului/Asiguratului contravaloarea primei de asigurare plătită, aferentă perioadei rămase până la scadența contractului de asigurare.

10.5. Contractul de asigurare poate înceta și prin acordul părților, consfințit printr-un act adițional.

10.6. Asigurătorul poate modifica unilateral atât prima de asigurare anuală, cât și termenii și condițiile Contractului de asigurare în funcție de evoluția pieței asigurărilor și reasigurărilor, a schimbării condițiilor de risc sau în funcție de orice despăgubire acordată sau în curs de soluționare, cu condiția transmiterii către Asigurat a unei notificări prealabile, cu cel puțin 20 zile calendaristice înainte de intrarea în vigoare. În situația în care Asiguratul nu agreează modificările operate de Asigurător, are posibilitatea denunțării unilaterale a Contractului de asigurare, conform prevederilor Art.10.4.

10.7. În următoarele situații, Contractul de asigurare se consideră desființat de plin drept, fără a fi necesare alte formalități prealabile de punere în întârziere și fără intervenția instanței de judecată, contractul urmând a înceta la data primirii de către asigurat a unei notificări în acest sens:

10.7.1. În cazul în care, înainte de a începe răspunderea Asigurătorului, evenimentul asigurat s-a produs și asigurarea a rămas fără obiect, primele de asigurare plătite urmând a fi restituite asiguratului;

10.7.2. În cazul în care, după începerea răspunderii, producerea evenimentului asigurat a devenit imposibilă. În această situație, primele de asigurare achitate de asigurat, se restituie proporțional cu perioada rămasă a contractului de asigurare, dar numai în cazurile în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a contractului;

10.8. Contractul de asigurare se consideră reziliat de plin drept, fără a fi necesare alte formalități prealabile de punere în întârziere și fără intervenția instanței de judecată, contractul urmând a înceta la data primirii de către asigurat a unei notificări în acest sens:

10.8.1. În cazul nerespectării de către părți a obligațiilor ce le revin prin contract.

10.8.2. În cazul în care Contractantul/Asiguratul nu și-a achitat obligațiile de plată a primelor de asigurare la termenele stabilite prin contract, acesta fiind pus de drept în întârziere;

10.8.3. De la data la care pentru administratorii sau conducerea Asiguratului a început urmărirea penală pentru fapte care determină insolvabilitatea sau care fraudează interesele creditorilor, ori în cazul procedurilor sus-menționate în momentul în care Contractantul/Asiguratul are o înțelegere în beneficiul creditorilor; în aceste situații, dacă este cazul, Asigurătorul va restitui partea de primă de asigurare deja achitată și necuvenită, cu luarea în considerare a perioadei în care Contractul de asigurare a fost în vigoare;

10.9. Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență (care constă în omisiunea de a comunica o împrejurare) făcută cu rea-credință de către Asigurat/Contractant cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii riscului asigurat. În acest caz primele plătite rămân dobândite Asigurătorului, care, de asemenea, poate cere și plata primelor cuvenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

10.10. Declarația inexactă sau reticența din partea Asiguratului/Contractantului asigurării a cărei rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea asigurării.

10.11. În cazul în care anterior producerii evenimentului asigurat, se constată o declarație inexactă sau reticența în declarații, Asigurătorul are dreptul fie de a menține Contractul de asigurare solicitând majorarea primei, fie de a rezilia Contractul de asigurare la împlinirea unui termen de 10 zile calendaristice calculate de la notificarea primită de Asigurat, restituindu-i acestuia din urmă partea din prima plătită, aferentă perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai produce efect. Atunci când constatarea declarației inexacte sau reticenței are loc ulterior producerii evenimentului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

10.12. În cazul în care Asiguratul a depus cerere pentru deschiderea procedurii insolvenței/falimentului anterior încheierii Contractului de asigurare sau cererea pentru deschiderea procedurii insolvenței/falimentului a fost depusă de creditorii ai Asiguratului, iar acesta avea cunoștință despre deschiderea procedurii insolvenței/falimentului la data încheierii Contractului de asigurare, Contractul de asigurare este nul, iar Asigurătorul va restitui prima de asigurare plătită.

10.13. În cazul denunțării sau rezilierii Contractului de asigurare ulterioare unei daune, prevederile acestuia se aplică pentru toate cazurile de daună survenite înainte de denunțare sau reziliere. Asigurătorul are dreptul în cazul denunțării sau rezilierii contractului să rețină prima de asigurare achitată de către Asigurat pentru perioada asigurată, dacă s-au achitat sau se datorează

despăgubiri sau, după caz, să compenseze sumele datorate de Asigurat cu titlu de primă de asigurare pentru perioada asigurată cu orice despăgubire/indemnizație cuvenită.

11. CONSTATAREA ȘI EVALUAREA DAUNELOR. CALCULUL ȘI PLATA DESPĂGUBIRII

11.1. Constatarea / evaluarea/ instrumentarea și lichidarea daunelor se face de către Asigurător, direct, prin împuterniciți sau experți (inclusiv loss adjusteri), împreună cu Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul/împuterniciții acestora. Cheltuielile cu experții angajați de către Asigurător vor fi suportate de acesta, cu excepția unui acord diferit încheiat cu Contractantul/Asiguratul/ Beneficiarul.

11.2. Despăgubirea cuvenită se plătește în România astfel:

11.2.1. Pentru contractele de asigurare la care suma asigurată și prima de asigurare au fost stabilite în Lei (RON) și prima de asigurare a fost plătită în Lei (RON), despăgubirea se plătește în Lei (RON); totuși, în caz de daună parțială, dacă documentele de plată referitoare la daună sunt într-o monedă străină, despăgubirea cuvenită se va determina prin aplicarea cursului de referință al B.N.R. din data evenimentului;

11.2.2. Pentru contractele de asigurare la care suma asigurată și prima de asigurare au fost stabilite în monedă străină și prima de asigurare a fost plătită în aceeași monedă străină:

- în cazul daunei totale, despăgubirea cuvenită se achită în aceeași monedă în care s-a stabilit suma asigurată și prima de asigurare și s-a plătit prima de asigurare;

- în cazul daunei parțiale, despăgubirea cuvenită se achită în aceeași monedă în care s-a stabilit suma asigurată și prima de asigurare și s-a plătit prima de asigurare pentru documentele de plată în moneda respectivă și în Lei (RON) pentru documentele de plată în Lei (RON);

11.2.3. Pentru contractele de asigurare la care suma asigurată și prima de asigurare au fost stabilite în monedă străină și plata primei de asigurare s-a făcut în Lei (RON) la cursul de referință al B.N.R. din data plății, despăgubirea se plătește astfel:

- în cazul daunei totale, despăgubirea cuvenită se achită în Lei (RON) la cursul de referință B.N.R. valabil la data producerii evenimentului asigurat;

- în cazul daunei parțiale, despăgubirea cuvenită se achită în Lei (RON) la cursul de referință al B.N.R. valabil la data producerii evenimentului asigurat pentru documentele de plată în monedă străină și în Lei (RON) pentru documentele de plată în Lei (RON).

11.3. Despăgubirea cuvenită nu poate depăși valoarea bunului de la data producerii evenimentului asigurat, cuantumul daunei/suma asigurată/limita de răspundere sau de indemnizație/sublimită stabilită/stabilite prin Contractul de asigurare.

11.4. Dacă Contractul de asigurare prevede franșize, la producerea fiecărui eveniment asigurat, despăgubirea cuvenită se calculează prin deducerea franșizei pe eveniment prevăzută în Contractul de asigurare.

11.5. Ca urmare a unei daune deja constatate și acceptate ca fiind acoperită prin Contractul de asigurare, la cererea scrisă a Contractantului sau a Asiguratului sau a Beneficiarului, Asigurătorul poate acorda un avans din despăgubire, dar nu mai mult de 50% din valoarea despăgubirii evaluată și stabilită cu certitudine până în acel moment a fi achitată în baza dosarului de daună deschis. Prezenta clauză nu reprezintă un acord prealabil de plată și nici o obligație a Asigurătorului și nu poate fi folosită pentru obligarea Asigurătorului la plata unui avans din despăgubire fără acordul deplin al acestuia.

11.6. Asigurătorul are dreptul să nu achite despăgubiri în următoarele situații:

11.6.1. Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul nu și-au îndeplinit obligațiile care decurg din Contractul de asigurare sau nu dovedesc dreptul la plata despăgubirii;

11.6.2. Contractul de asigurare era suspendat sau denunțat ori reziliat la data producerii evenimentului asigurat;

11.6.3. Asigurătorul constată reaua credință a Contractantului/Asiguratului/Beneficiarului/a reprezentanților acestora la data sau în legătură cu încheierea Contractului de asigurare sau cu producerea evenimentului asigurat sau cu constatarea și/sau evaluarea daunei; prin reaua credință a Contractantului/Asiguratului/Beneficiarului se înțeleg inclusiv declarațiile false sau inexacte, neadevărurile, aspectele frauduloase, omisiunile făcute în vederea inducerii în eroare a Asigurătorului sau necomunicarea schimbării condițiilor de risc;

11.6.4. Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul nu au respectat condițiile obligatorii ale Asigurătorului cu privire la îmbunătățirea condițiilor de risc formulate înainte de încheierea Contractului de asigurare sau oricând în timpul derulării acestuia, iar ca urmare a unei daune se constată că dauna sau o parte a acesteia a fost favorizată sau ar fi putut fi evitată dacă recomandările respective ar fi fost aplicate și/sau respectate;

11.6.5. În legătură cu producerea evenimentului asigurat s-a început acțiune penală împotriva Contractantului/Asiguratului/Beneficiarului/reprezentanților acestuia, până la soluționarea acesteia.

11.7. Dacă sunt îndeplinite toate condițiile impuse de Contractul de asigurare și dacă legea nu prevede altfel, despăgubirea cuvenită va fi achitată de Asigurător în termen de maxim 30 de zile calendaristice de la data depunerii ultimului document necesar finalizării dosarului de daună.

11.8. Prin plata despăgubirii cuvenite se sting orice pretenții ale Beneficiarului sau, după caz, Asiguratului, față de Asigurător, în legătură cu dauna respectivă. Atunci când există neînțelegeri asupra cuantumului indemnizației de asigurare, partea necontestată din aceasta se va plăti de Asigurător anterior soluționării neînțelegerii prin bună învoială sau de către instanța judecătorească.

12. FORȚA MAJORĂ ȘI CAZUL FORTUIT

12.1. Niciuna dintre părțile contractante nu răspunde de neexecutarea la termen și/sau executarea în mod necorespunzător – totală sau parțială, a oricărei obligații care îi revine în baza Contractului de asigurare, dacă neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a obligației respective a fost cauzată de forța majoră sau de cazul fortuit, așa cum sunt definite de lege.

12.2. Prin forță majoră se înțelege orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil, ce include, dar nu se rezumă la război sau revoluție, incendiu, inundație, cutremur, epidemie, embargou sau restricții de carantină și care, survenind pe durata executării Contractului de asigurare, împiedică sau întârzie, total sau parțial, îndeplinirea obligațiilor izvorând din acest Contract de asigurare.

12.3. Prin caz fortuit se înțelege un eveniment care nu poate fi prevăzut și nici împiedicat de către cel care ar fi fost chemat să răspundă dacă evenimentul nu s-ar fi produs.

12.4. Partea care invocă forța majoră sau cazul fortuit este obligată să notifice apariția sa celeilalte părți în termen de 5 zile calendaristice de la producerea evenimentului și să ia toate măsurile posibile în vederea limitării consecințelor lui.

12.5. Dacă în termen de 30 zile calendaristice de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, părțile au dreptul să-și notifice încetarea de plin drept a prezentului Contract de asigurare, fără ca vreuna dintre ele să pretindă daune-interese.

13. LEGISLAȚIE ȘI LITIGII

13.1. Faptele persoanelor care obțin sau încearcă prin orice mijloace să obțină pe nedrept despăgubiri din asigurare sau cei care înlesnesc asemenea fapte se pedepsesc potrivit legii, Asigurătorul având dreptul să refuze plata despăgubirilor și să rezilieze contractul de asigurare cu o notificare prealabilă transmisă asiguratului, fără restituirea primelor de asigurare plătite și să sesizeze autoritățile abilitate în vederea efectuării cercetării penale. În cazul în care în urma cercetărilor desfășurate de organele abilitate nu se confirmă suspiciunea privind încercarea de obținere pe nedrept a despăgubirilor, Asiguratul va fi repus în drepturi. În cazul în care în urma cercetărilor desfășurate de organele abilitate se confirmă suspiciunea privind încercarea de obținere pe nedrept și obținerea pe nedrept a despăgubirii, Asigurătorul își rezervă dreptul să efectueze orice activitate de recuperare a prejudiciului de la persoana/persoanele care au obținut pe nedrept despăgubirea conform legislației penale și civile în vigoare.

13.2. Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul pot formula reclamații cu privire la încheierea, modificarea sau executarea Contractului de asigurare pe care le pot depune online sau la oricare din sediile Asigurătorului, la care vor primi răspuns în termen de 30 de zile calendaristice de la data înregistrării acesteia. Răspunsul la reclamație nu constituie o restrângere a dreptului Contractantului/Asiguratului/Beneficiarului de a se adresa instanțelor judecătorești.

13.3. În conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, părțile au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor. SAL-FIN este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniile în care Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) are competență, care organizează și administrează proceduri SAL prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Pentru mai multe informații sau pentru a accesa platforma SAL-FIN, puteți vizita pagina de internet a Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în Domeniul Financiar Nonbancar la adresa www.salfin.ro.

13.4. Orice litigii izvorâte, decurgând din sau în legătură cu Contractul de asigurare, inclusiv în ceea ce privește încheierea, validitatea, interpretarea, executarea sau încetarea acestuia, se vor rezolva pe cale amiabilă. În cazul în care rezolvarea litigiilor pe cale amiabilă nu este posibilă, părțile se vor adresa către SAL-FIN sau instanțelor judecătorești competente din România.

13.5. În cazul în care oricare dintre prevederile prezentului Contract de asigurare este sau devine ulterior nelegală, invalidă sau inaplicabilă conform legilor în vigoare, caracterul legal, valabilitatea și aplicabilitatea celorlalte dispoziții ale prezentului Contract de asigurare nu vor fi afectate de această împrejurare.

13.6. Contractul de asigurare este supus legislației române în vigoare incluzând și actele normative privind asigurările și reasigurările.

13.7. Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul au obligația să avizeze Asigurătorul cu privire la existența unui alt Contract de asigurare care acoperă în totalitate sau parțial aceleași riscuri cu prezentul Contract de asigurare, obligație care le revine atât la data încheierii Contractului de asigurare, cât și pe parcursul executării Contractului de asigurare.

13.8. Cesiunea Contractului de asigurare este validă numai în condițiile în care există acordul scris al Asiguratului cu excepția cesiunii de portofoliu între asigurători, în condițiile reglementărilor speciale.

13.9. Sumele încasate de persoanele asigurate, de beneficiarii desemnați prin Contractul de asigurare sau de terțele persoane păgubite, reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi de această natură, nu sunt venituri impozabile. Pentru anumite tipuri de asigurări, primele de asigurare pot fi cheltuieli deductibile, în condițiile prevăzute de legislația fiscală.

13.10. În cazul deschiderii procedurii de faliment împotriva unui Asigurător, efectuarea plăților de indemnizații/despăgubiri rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii către Asigurați, Beneficiari ai asigurării și/sau terțe persoane păgubite, este garantată prin Fondul de garantare, constituit în condițiile legii prin contribuția Asigurătorilor, ca schema de garantare în domeniul asigurărilor și are drept scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui asigurător. Fondul de garantare este constituit, administrat și utilizat de către Fondul de Garantare a Asiguraților, persoana juridică de drept public, ce asigură efectuarea plății indemnizațiilor/despăgubirilor din disponibilitățile sale, către creditorii de asigurări, potrivit plafonului de garantare, stabilit de legea nr.213/2015.

13.11. Indiferent de toate celelalte prevederi ale prezentului contract, acest contract de (re-)asigurare ofera acoperire in masura in care acoperirea de asigurare nu intra in conflict cu nicio sanctiune economica, comerciala sau financiara si/sau embargouri ale Consiliului de Securitate al Natiunilor Unite (ONU), Uniunii Europene (UE) sau orice legislatie nationala care este aplicabila partilor din prezentul contract. Acest lucru este valabil și pentru sanctiunile economice, comerciale sau financiare si/sau embargouri emise de Statele Unite ale Americii sau alte tari, in masura in care nu intra in conflict cu legislatia Uniunii Europene (UE) sau cea locala.

14. NOTIFICĂRI/COMUNICĂRI

14.1. Părțile stabilesc și acceptă în mod expres ca orice comunicare în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea prezentului contract se poate face atât printr-o notificare scrisă, cât și prin modalități de comunicare la distanță, cum ar fi poșta electronică. Orice comunicare, indiferent de modalitatea aleasă se consideră primită în aceeași zi dacă este făcută până la ora 17.00. Orice comunicare făcută după ora 17.00 se consideră primită a doua zi sau în ziua lucrătoare următoare.

14.2. Orice notificare pe cale poștală se va face prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire la adresa unității Asiguratorului cu care Asiguratul/Contractantul a încheiat Contractul de asigurare, respectiv, după caz, la adresa Sucursalei/Agenției sau Centralei Asiguratorului, iar în cazul Asiguratului la adresa prevăzută în Contractul de asigurare, sau, la ultima adresă comunicată de Asigurat/Contractant și se consideră primită de destinatar la data menționată pe confirmare de oficiu poștal primitor.

14.3. În cazul în care Asiguratul/Contractantul nu comunică noua adresă de corespondență, orice notificare trimisă la adresa prevăzută în Contractul de asigurare se consideră ca fiind perfect valabilă.

14.4. În situația în care notificarea se transmite prin fax, aceasta se consideră primită în prima zi lucrătoare ulterioară celei în care a fost expediată.

14.5. Notificările depuse prin înmânare directă sunt valabile dacă au fost depuse la registratura unității Asiguratorului cu care Asiguratul/Contractantul a încheiat Contractul de asigurare, respectiv, după caz, Sucursala/Agenția sau Centrala Asiguratorului, iar în cazul Asiguratului, la registratura acestuia, în cazul persoanelor juridice, sau prin semnătură de primire, în cazul persoanelor fizice.

14.6. Comunicările verbale nu se iau în considerare de către niciuna dintre părți dacă nu sunt confirmate prin transmiterea unei notificări sau prin emiterea unui act adițional, după caz.

15. PROTECȚIA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

15.1. Asiguratorul respectă toate prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date ("GDPR").

15.2. În vederea aducerii la îndeplinire de către UNIQA a acestor servicii, datele colectate pot fi transmise și către alte entități din cadrul grupului UNIQA sau către alți terți împuterniciți expres de UNIQA

15.3. Vă informăm că UNIQA colectează și prelucrează date cu caracter personal în scopul prestării de servicii de asigurare (cum ar fi, dar fără a se limita la: executarea contractului de asigurare și instrumentarea dosarelor de daune), inclusiv în scopul realizării unui proces decizional automat, pentru crearea de statistici, profiluri și pentru îndeplinirea de obligații bazate pe dispoziții legale exprese, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date ("GDPR").

15.4. Detalii suplimentare despre prelucrarea datelor cu caracter personal se regăsesc în Acordul privind prelucrarea datelor cu caracter personal, în Termenii de informare, precum și consultând pagina web a UNIQA, www.uniqa.ro, secțiunea Despre noi - Protecția datelor.

15.5. Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul, prin semnarea contractului de asigurare, declară că va respecta prevederile Ordinului nr. 24/2008 pentru punerea în aplicare a Normelor privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor, precizând beneficiarul real al contractului de asigurare la momentul semnării contractului de asigurare și că va înștiința Asiguratorul în cazul în care deține o funcție publică, indicând totodată și funcția deținută.

15.6. Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul se obligă să comunice Asiguratorului de îndată orice modificare a declarațiilor date și însușite la momentul semnării contractului de asigurare. În caz contrar, Asiguratorul își rezervă dreptul de a refuza efectuarea tranzacțiilor solicitate și/sau de a înceta relațiile cu Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul în cazul unor declarații false sau dacă are suspiciuni cu privire la realitatea celor declarate

1. DISPOZIȚII GENERALE, PIAȚA ȚINTĂ DE CLIENȚI ȘI CONDIȚII DE ELIGIBILITATE

- 1.1. Termenii și condițiile generale de asigurare pentru Asigurarea de viață de Grup (denumiți "Termenii și condițiile de asigurare" în cele ce urmează) sunt parte integrantă a contractului de Asigurare de viață de Grup (denumit "Contractul de asigurare" în cele ce urmează) pe care Contactantul îl încheie cu Societatea de Asigurare (denumită în cele ce urmează "Asigurătorul").
- 1.2. Contractul de asigurare este format din Ofertă, Informările legale, Cererea de asigurare adresată Asigurătorului de către Contractant, Polița de asigurare împreună cu toate anexele sale, prezentele Condiții generale de asigurare și speciale, precum și Certificatele de asigurare, dacă este cazul.
- 1.3. Prezentele Condiții generale de asigurare sunt completate dacă este cazul, de Clauzele speciale referitoare la fiecare acoperire în parte.
- 1.4. Piața țintă de clienți este stabilită de Societatea de Asigurări, conform prevederilor legale în vigoare, iar pentru acest produs de asigurare este formată din persoane fizice cu vârsta cuprinsă între 18 și 64 ani, care au încheiat un contract individual de muncă sau orice alt tip de contract cu Contractantul, altul decât un contract individual de muncă, pentru desfășurarea unei activități prevăzute și admise de lege.
- 1.5. Pot fi înscrși în Asigurare clienții care îndeplinesc următoarele condiții cumulative de eligibilitate:
 - a) fac parte din Piața țintă definită la Art. 1.4 de mai sus;
 - b) au împlinit vârsta de 18 ani și nu mai mult de 64 ani.

2. DEFINIȚII

- Termenii înscrși cu literă inițială mare în cadrul acestor Termeni și Condiții de asigurare vor avea următorul înțeles, oriunde ar apărea în cadrul textului, în cazul în care nu se specifică altfel:
- 2.1. Accident: Eveniment cauzat de forțe externe, imprevizibil, neintenționat și neașteptat, generat de un factor extern organismului, survenit pe Perioada de asigurare, independent de voința Asiguratului și care provoacă acestuia în mod direct și independent de orice altă afecțiune, vătămare corporală sau deces. Accidentul, data producerii acestuia și consecințele sale trebuie să fie certificate, imediat după producere, de către un medic cu drept de liberă practică sau consecințele acestuia trebuie să fie consemnate într-un document medico-legal;
 - 2.2. Activitate periculoasă: Ocupație sau activitate remunerată sau nu, care este considerată în general ca fiind periculoasă (ca de exemplu, dar fără a se limita la: expunerea la radiații, temperaturi extreme, minerit, exploatarea unor substanțe periculoase și/ sau explozive, activități armate ale forțelor speciale, aviație, automobilism, motociclism, parașutism, scufundări, sărituri cu coarda elastică, curse de orice fel, zboruri, altele decât în calitate de pasager cu o linie aeriană comercială; enumerarea este una ilustrativă, nu exhaustivă);
 - 2.3. Asigurător: UNIQA Asigurări de viață S.A., cu sediul în București, Str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter (camera EO-09), sector 1, Cod poștal 014141, Înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului J/40/23525/1992, Cod unic de înregistrare 1589754, Societate administrată în sistem dualist, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înmatriculată în Registrul Asigurătorilor sub nr. RA – 003/2003, Cod LEI 529900L3YL1512DQN720, Telefon Contact Center: 0374.400.410, e-mail: viata@uniqa.ro; Website: www.uniqa.ro;
 - 2.4. Beneficiar: Persoana fizică sau juridică, desemnată în Contractul de asigurare căreia i se va plăti Suma asigurată în cazul producerii Riscului asigurat;
 - 2.5. Cerere de asigurare: Cererea scrisă a Contractantului către Asigurător de încheiere a unui Contract de asigurare;
 - 2.6. Certificat de asigurare: Document emis de Asigurător care certifică includerea unui membru al Grupului în asigurare;
 - 2.7. Condiție medicală preexistentă: Leziune sau afecțiune sau consecințele ei, precum și orice manifestare patologică sau altă condiție medicală rezultată în urma unei afecțiuni sau a unui accident care a apărut anterior datei intrării în vigoare a Contractului de asigurare, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, pentru care Asiguratul a fost diagnosticat, a solicitat sau a primit tratament sau servicii medicale sau a urmat un tratament prescris de un medic autorizat;
 - 2.8. Contract de asigurare: Actul juridic încheiat între Contractantul asigurării și Asigurător, care reglementează drepturile și obligațiile lor reciproce. Contractul de asigurare nu se poate dovedi prin martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă. Dovada încheierii Contractului de asigurare rezultă din emiterea de către Asigurător a Poliței și a Certificatului de asigurare, după caz;
 - 2.9. Contractant: Entitate juridică de drept public sau privat având un interes asigurabil în legătură cu Grupul Asigurat, care are capacitatea legală de a contracta și care încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul, în numele și în interesul Persoanelor asigurate, obligându-se să plătească primele de asigurare în cuantumul și la termenele stabilite prin Contractul de asigurare;
 - 2.10. Data începerii: Data la care Asigurarea intră în vigoare conform articolului 6
 - 2.11. Durata Contractului de asigurare: Perioada de timp în care sunt în vigoare raporturile de asigurare dintre Contractantul

- asigurării și Asigurător, așa cum au fost ele stabilite în Contractul de asigurare;
- 2.12. Eveniment asigurat: Risc apărut pe perioada de valabilitate a Contractului, definit și acoperit prin Condițiile contractuale ale Contractului de asigurare;
 - 2.13. Grup asigurat: Colectivitate de persoane care au o relație contractuală de muncă cu Contractantul sau care au încheiat orice alt tip de contract cu Contractantul, altul decât un contract individual de muncă, pentru desfășurarea unei activități prevăzute și admise de lege și care, în ambele cazuri, se află în evidențele acestuia la data intrării în vigoare a Contractului și care a fost acceptată în Asigurare; dimensiunea minimă a Grupului va fi stabilită de către Asigurător și poate fi modificată la anumite intervale de timp;
 - 2.14. Indemnizație de asigurare: Suma plătită Beneficiarului, de către Asigurător, conform Contractului de asigurare, în caz de producere a Riscului asigurat;
 - 2.15. Interes asigurat: Existența unei relații de natură financiară între Asigurat și Contractant în momentul începerii acoperirii;
 - 2.16. Îmbolnăvire: Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării;
 - 2.17. Limita de acceptare automată: Nivelul Sumei asigurate, stabilit de către Asigurător, până la care Asiguratul este acceptat în asigurare fără investigații medicale. Sumele asigurate mai mari decât această limită pot fi reduse la limită;
 - 2.18. Perioada de grație: Perioada de timp după scadența Primei de asigurare în care se poate plăti Prima de asigurare restantă și în care polița rămâne în vigoare;
 - 2.19. Persoana asigurată: Un membru al Grupului asigurat, a cărui viață constituie obiectul asigurării;
 - 2.20. Polița de asigurare: Documentul emis de Asigurător, care certifică încheierea Contractului de asigurare;
 - 2.21. Prima de asigurare: Suma datorată de Contractant pentru preluarea de către Asigurător a Riscurilor asigurate;
 - 2.22. Risc asigurat: Deces din orice cauză al Persoanei asigurate, survenit pe durata Contractului de asigurare; pot exista și alte riscuri suplimentare, la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Beneficiarului, conform Clauzelor speciale de asigurare;
 - 2.23. Suma asigurată: Răspunderea maximă a Asigurătorului în cazul producerii Riscului asigurat; Asigurătorul poate să stabilească o sumă asigurată maximă pentru întregul Grup.

3. OBIECTUL ASIGURĂRII, RISCUL ASIGURAT

- 3.1. Asigurarea de viață de Grup oferă protecție Persoanelor asigurate în cazul producerii Riscurilor asigurate prevăzute în Poliță, conform opțiunii Contractantului.
- 3.2. Riscul asigurat prin prezentele Condiții de asigurare este decesul din orice cauză produs în perioada de valabilitate a Poliței. Contractantul poate solicita extinderea acoperirii pentru alte riscuri, conform Condițiilor Speciale ale asigurării.
- 3.3. Asigurarea oferă protecție pentru 24 de ore din 24, pentru Riscurile asigurate produse atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.
- 3.4. Asigurarea de viață de Grup nu reprezintă un plan de economisire sau capitalizare și prin urmare nu are valoare de răscumpărare și nu poate fi transformată într-o asigurare cu suma asigurată redusă.

4. ÎNCHIEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 4.1. Contractul de asigurare se încheie între Contractant și Asigurător în conformitate cu Cererea de asigurare scrisă din partea Contractantului, întocmită pe formularul Asigurătorului, semnată și datată de către reprezentanții legali autorizați ai Contractantului. În Cererea de asigurare, Contractantul va menționa Sumele asigurate și eventualele riscuri acoperite în mod suplimentar.
- 4.2. Contractantul asigurării se obligă să aducă la cunoștința tuturor membrilor Grupului asigurat prevederile Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare și Condițiile speciale aferente fiecărei acoperiri suplimentare puse la dispoziție de către Asigurător, în scopul informării complete a acestora asupra prevederilor contractuale pe toată Durata Contractului de asigurare.
- 4.3. Anterior datei de începere a asigurării, Contractantul va transmite Asigurătorului lista membrilor eligibili conform prezentelor condiții de asigurare, care va cuprinde:
 - numele și prenumele;
 - codul numeric personal (CNP);
 - data nașterii;
 - ocupația/ activitatea desfășurată;
 - data începerii relației contractuale cu Contractantul;
 - Beneficiarul/ beneficiarii desemnați și procentele alocate fiecărui beneficiar (dacă este cazul).Lista membrilor eligibili se actualizează la anumite intervale de timp, conform înțelegerii dintre părți.
- 4.4. Asigurătorul emite o singură Poliță de asigurare, cu anexele respective, pentru Grupul asigurat și, după caz, câte un Certificat de asigurare nominal pentru fiecare Persoană asigurată în parte.
- 4.5. Contractantul își asumă obligația să notifice Asigurătorul cu privire la orice variație a numărului de membri cuprins în ultima declarație mai mare decât limita convenită între părți. După primirea notificării, Asigurătorul va recalcula prima de asigurare și va face ajustările necesare conform înțelegerii dintre părți.

5. EVALUAREA RISCULUI

- 5.1. Asigurătorul solicită completarea declarațiilor de sănătate și/sau efectuarea de investigații medicale, în cazul în care una

sau mai multe condiții de mai jos sunt îndeplinite:

- grupul are mai puțin de 10 membri;
- mai puțin de 90% din membrii grupului sunt eligibili conform prezentelor condiții de asigurare;
- suma asigurată solicitată este mai mare decât Limita de acceptare automată;
- grupul are membri care se implică în activități periculoase în timpul liber.

5.2. În urma evaluării individuale a riscului (analiza declarațiilor de sănătate și a rezultatelor investigațiilor medicale, a informațiilor suplimentare solicitate în acest scop de către Asigurător), după caz, Asigurătorul poate:

- să accepte includerea persoanei în Asigurare;
- să aplice individual o cotă de primă crescută față de cea standard;
- să limiteze acoperirea Persoanei asigurate pentru o perioadă de timp;
- să aplice condiții speciale pentru acoperirea Persoanei asigurate;
- să refuze acoperirea pentru această persoană; În acest caz Asigurătorul va returna prima plătită de Contractant pentru persoana căreia i-a fost refuzată acoperirea prin asigurare.

6. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

6.1. Contractul de asigurare intră în vigoare la ora 00:00 a zilei înscrisă în Polița emisă de Asigurător ca dată de început a asigurării, sau la data de repunere în vigoare a Contractului, dar nu mai devreme de ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoarei zilei în care s-a achitat prima sau întâia rată de primă.

6.2. Contractul de asigurare are o durată de 1 an, putând fi reînnoit la data expirării pentru încă un an contractual, cu acordul scris al ambelor părți contractante, fără a fi nevoie de noi dovezi în ceea ce privește riscul. Totuși, Asigurătorul are dreptul de a reevalua condițiile asigurării și de a accepta reînnoirea acesteia în baza unei noi evaluări a riscului.

6.3. Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în următoarele situații:

- i. în cazul în care, Contractantul furnizează Asigurătorului declarații inexacte sau ascunde informații care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, ar fi determinat neîncheierea Contractului de Asigurare sau oferirea Contractului de Asigurare în alte condiții;
- ii. la ora 24:00 a zilei de expirare a Perioadei de asigurare, indicată în Polița de asigurare, dacă nu s-a convenit altfel;
- iii. prin denunțare unilaterală, oricând pe perioada de derulare a Contractului de asigurare, realizată prin notificare scrisă de către una dintre părți, Contractant sau Asigurător, cu un termen de preaviz de cel puțin 20 (douăzeci) de zile, calculate de la data primirii notificării de către cealaltă parte;
- iv. în cazul în care, datele de identificare personale ale Contractantului și/ sau ale reprezentantului legal se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea faptelor de spălare a banilor sau de finanțare a actelor de terorism, precum și în cazul în care Contractantul/ reprezentantul legal este identificat ca fiind obiect al sancțiunilor internaționale;
- v. Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare, fără preaviz, în termen de 20 (douăzeci) zile de la data de început a Poliței de asigurare, dacă nu au fost achitate indemnizații de asigurare în perioada de valabilitate. Renunțarea produce efect retroactiv. În acest caz, Asigurătorul va returna Prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare, mai puțin cheltuielile aferente examinărilor medicale (dacă au fost efectuate) și Taxa de emiterie. Prima de asigurare nu este purtătoare de dobândă;
- vi. prin rezilierea de către Asigurător a Contractului de Asigurare, în cazul neplății Primelor de asigurare până la expirarea Perioadei de suspendare, fără existența posibilității de a fi repus în vigoare după împlinirea termenului de 3 (trei) luni de la data primei scadențe neachitate.

6.4. Protecția prin asigurare, pentru fiecare Persoană asigurată în parte, încetează la ora 24.00 a zilei în care:

- i. relația contractuală a Persoanei asigurate cu Contractantul a luat sfârșit;
- ii. Persoana asigurată a împlinit 65 de ani, dacă părțile nu au convenit altfel;
- iii. s-a produs decesul Persoanei asigurate;
- iv. prima de asigurare sau ratele de primă nu au fost achitate la temenele stabilite prin Contractul de asigurare sau în Perioada de grație;
- v. contractul de asigurare a încetat, indiferent de cauză (reziliere sau denunțare unilaterală).

7. SUMA ASIGURATĂ

7.1. Sumele asigurate pentru membrii Grupului asigurat sunt menționate în Polița de asigurare și pot avea aceeași valoare pentru toți membrii Grupului sau pot avea valori diferite.

8. PRIMA DE ASIGURARE

8.1. Contractantul este responsabil de efectuarea plății Primelor de asigurare în conformitate cu aceste Condiții de asigurare.

8.2. Primele de asigurare se achită în moneda Poliței, în contul bancar indicat de Asigurător. Plata poate fi efectuată prin ordin de plată sau prin orice altă metodă permisă de Asigurător.

8.3. Primele de asigurare se achită în avans, acestea devenind scadente și plătilabile Asigurătorului la datele calendaristice menționate ca atare în Poliță și fixate în funcție de Durata contractului de asigurare, Data intrării în vigoare și frecvența plății menționată în Polița de asigurare.

8.4. Primele de asigurare sunt anuale. La solicitarea Contractantului asigurării și cu acordul Asigurătorului, primele anuale pot

fi plătite și în rate subanuale: semestriale, trimestriale sau lunare.

- 8.5. Prima de asigurare sau ratele de primă se plătesc de către Contractant pentru toți Asigurații.
- 8.6. Contractantul beneficiază de o perioadă de grație în vederea efectuării plății Primelor de asigurare de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data scadenței respectivei plăți. În Perioada de grație Contractul de asigurare nu își suspendă efectele juridice.
- 8.7. În cazul în care Contractantul nu a efectuat plata Primelor de asigurare nici în cadrul Perioadei de grație, protecția prin asigurare încetează începând cu ora 0:00 a zilei imediat următoare zilei expirării termenului de grație.
- 8.8. În cazul în care Contractul de asigurare și-a încetat efectele datorită neplătii primelor de asigurare, Asigurătorul oferă, la cererea scrisă a Contractantului asigurării, posibilitatea repunerii în vigoare a Contractului de asigurare într-o perioadă de maxim 3 luni de la data ultimei prime scadente neachitate, în condițiile achitării primelor de asigurare restante.
- 8.9. Repunerea în vigoare a Contractului se va face fără a necesita o reevaluare a riscului, în cazul în care condițiile în care Asigurarea a fost încheiată au rămas neschimbate și Asigurătorul nu a fost înștiințat cu privire la producerea unui Risc asigurat.
- 8.10. După expirarea a 3 luni de la data ultimei prime scadente neachitate, Asigurătorul consideră reziliat Contractul de asigurare, fără altă înștiințare prealabilă, cu începere de la data ultimei prime scadente neachitate. După rezilierea Contractului în astfel de condiții nu mai este posibilă repunerea lui în vigoare (reluarea acoperirii).

9. EXCLUDERI

- 9.1. Asigurătorul nu va fi răspunzător să plătească Indemnizația de asigurare în cazul în care Riscul asigurat survine direct sau indirect în legătură cu următoarele situații:
- dacă Riscul asigurat a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv; În acest caz Indemnizația de asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați, aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari;
 - în cazul declarațiilor false făcute de Asigurat / Contractant în Cererea de Asigurare;
 - dacă Riscul asigurat se produce ca urmare a sinuciderii Asiguratului în primii 2 ani de la data încheierii Contractului de asigurare, oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; Sinuciderea nu este considerată Accident;
 - ca urmare a unei Afecțiuni preexistente sau urmărilor unui Accident anterior datei de început a Poliței de asigurare, cu excepția cazului în care afecțiunea sau urmările au fost declarate la încheierea asigurării și acceptate în scris de către Asigurător;
 - ca urmare a evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
 - ca urmare a unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice;
 - ca urmare a participării active la întreceri cu vehicule cu motor desfășurate pe pământ, apă sau în aer, precum și ca urmare a participării la concursuri de schi, sărituri cu schiurile, bob, schibob, snowmobil precum și la antrenamente corespunzătoare acestor concursuri;
 - ca urmare a unor răniri dobândite:
 - în timpul unei ascensiuni montane, acolo unde în mod normal se utilizează frânghii și materiale de alpinism;
 - în urma practicării unor sporturi extreme, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): parașutismul, deltaplanismul, utilizarea de parapante, sărituri cu coarda elastică, rafting, curse de cai, utilizarea unui snowmobil, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă;
 - în urma practicării speologiei, surf-ului și windsurf-ului;
 - consecințelor infectării cu virusul HIV sau derivații ale acestuia, inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
 - ca urmare a participării Asiguratului la serviciul militar în orice țară sau autoritate internațională, în perioadă de pace sau război;
 - ca urmare a îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și / sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.;
 - ca urmare a bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zona cu potențial mare de contaminare;
 - ca urmare a bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
 - ca urmare a bolilor cronice care nu au fost diagnosticate în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare;
 - ca urmare a comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);
 - fapte incriminate de dispozițiile legale privind circulația pe drumurile publice ca infracțiuni săvârșite cu intenție;
 - participarea Asiguratului la acte de terorism sau sabotaj, săvârșirea vreunei infracțiuni contra patrimoniului ori contra vieții, integrității corporale și sănătății, așa cum sunt prevăzute de Codul penal, precum și în timpul sustragerii de la urmărirea penală pentru asemenea fapte;
 - consumul de alcool caracterizat printr-un grad de alcoolemie a Asiguratului mai ridicat de 0,8 la mie în sânge sau 0,4 la sută în aerul expirat;
 - consumul de droguri, substanțe toxice, etnobotanice sau narcotice, administrarea medicamentelor fără prescripție medicală (automedicația).

- q) ca urmare a participării voluntare a Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- r) folosirea aparatelor de zbor, cu excepția situației în care Asiguratul este pasager al unei linii de transport aerian civil sau pasager într-o aeronavă militară destinată transportului de pasageri;
- s) participarea la expediții cu caracter științific sau alte obiective;
- t) călătorii în regiuni cu grad de risc ridicat, conform avertismentelor de călătorie al Ministerului Afacerilor Externe din România.

10. DECLARAȚII FALSE

10.1. Atât Asiguratul, cât și Contractantul sunt obligați să informeze Asigurătorul, în scris, despre toate condițiile și împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului. Această obligație constă în furnizarea, în mod corect și complet, înainte de încheierea Contractului și pe timpul derulării acestuia a tuturor informațiilor ce prezintă relevanță sau împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt în mod obiectiv necesare pentru evaluarea riscului, prin declararea adevărului, precum și prin răspunsuri complete la toate întrebările menționate în Cererea de asigurare, chestionare sau alte documente, adresate de către Asigurător în timpul încheierii și derulării Contractului.

10.2. Conform Art.2204 Cod Civil, în afară de cauzele generale de nulitate, Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Asigurat ori Contractant cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii Riscului asigurat. Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului, care, de asemenea, poate solicita și plata primelor cuvenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

Declarația inexactă sau reticența din partea Asiguratului ori a Contractantului a cărui rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea asigurării. În cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc anterior producerii riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul fie de a menține Contractul solicitând majorarea primei, fie de a rezilia Contractul de asigurare la împlinirea unui termen de 10 (zece) zile calculate de la notificarea primită de Asigurat, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele plătite aferentă perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează. Atunci când constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

11. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT

11.1. Ca urmare a producerii unui Risc asigurat, Contractantul asigurării, Beneficiarii sau reprezentanții legali trebuie să informeze Asigurătorul în scris în termen maximum de 30 (treizeci) de zile de la producerea decesului Persoanei asigurate. Informarea se realizează prin transmiterea unei notificări scrise la adresa electronică daune-viata@uniqa.ro sau la adresa poștală: UNIQA Asigurări de viață S.A., cu sediul în București, Str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter (camera EO-09), sector 1, Cod poștal 014141. Notificarea Riscului asigurat (Evenimentului asigurat) se realizează prin transmiterea formularului tipizat pus la dispoziție de Asigurător, pe site-ul www.uniqa.ro, completat integral împreună cu fotocopia Certificatului de deces al Asiguratului. Documentele aferente dosarului de daună pot fi depuse și la unitățile teritoriale UNIQA Asigurări de viață S.A.

Nerespectarea notificării în termen de 30 (treizeci) de zile, poate îndreptăți Asigurătorul să refuze plata Indemnizației de asigurare/ parte din aceasta, dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate împrejurările producerii Riscului asigurat și întinderea cuantumului de plată.

Pentru instrumentarea dosarului de daună, Contractantul, Beneficiarul sau tutorele/ reprezentantul său legal/ curatorul trebuie să transmită Asigurătorului, împreună cu formularul tipizat, fotocopiile următoarelor documente:

- i. Adeverința de la angajator din care sa reiasă data la care a fost angajată Persoana asigurată;
- ii. Certificat de deces al Asiguratului; în cazul producerii Riscului asigurat în afara teritoriului României, se va transmite dovada transcrierii în Registrul român de stare civilă a actului de deces emis de autoritățile străine competente;
- iii. Certificat medical constatator al decesului Asiguratului sau echivalentul său, în cazul producerii decesului în afara teritoriului României;
- iv. Act de identitate al Beneficiarului (copie conformă cu originalul, cu specimenul de semnătură aplicat), respectiv Certificat de naștere semnat de tutore/ reprezentant legal/ curator în cazul minorilor;
- v. Act de desemnare tutore/ reprezentant legal/ curator, dacă este cazul, precum și act de identitate al tutorelui/ reprezentantului legal/ curatorului, cu specimenul de semnătură aplicat;
- vi. Fișa medicală de consultații de la medicul/ medicii de familie (copie conformă cu originalul, purtând semnătura și parafa medicului, având paginile numerotate de către medic - 1/n; 2/n....n/n, unde „n” este numărul total de pagini pe care îl are fișa medicală);
- vii. Alte documente medicale (ex: Scrisori medicale, Bilete de externare/ Bilete de ieșire din spital, foaia/foile de observație din spital, rezultatul investigațiilor efectuate, consultații, rețete, etc);
- viii. Rezultatul Anchetei poliției, Rezoluția Parchetului/ rezultatul Anchetei Inspectoratului teritorial de muncă, sau alte documente care lămuresc împrejurările producerii decesului, rezultatul testării alcoolmetrice sau toxicologice;

- ix. Alte documente solicitate de Asigurător după caz, pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației de asigurare.

Pentru celelalte tipuri de Riscuri asigurate, documentele necesare instrumentării dosarului de daună sunt menționate în Condițiile Contractuale Specifice.

- 11.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita copii legalizate ale documentelor dacă fotocopiile transmise prezintă modificări sau nu sunt lizibile.
- 11.3. Indiferent de documentele depuse, în cazul în care documentele menționate mai sus sunt emise într-o limbă străină, acestea trebuie să fie prezentate Asigurătorului în traducere legalizată în limba română.
- 11.4. Refuzul de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate dă dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza și modul de producere a evenimentului.
- 11.5. Cheltuielile pentru emiterea/ obținerea documentelor necesare vor fi suportate de către Beneficiarul plății.
- 11.6. Indemnizația de asigurare se achită în termen de maximum 30 (treizeci) de zile de la data primirii de către Asigurător a ultimului document necesar finalizării instrumentării Dosarului de daună. Dacă vor fi necesare documente suplimentare în afara celor trimise de Beneficiar/ reprezentantul legal/ Contractant, Asigurătorul va solicita acestuia, la adresa de e-mail comunicată sau prin poștă, documentele suplimentare necesare instrumentării Dosarului de daună. Atunci când există neînțelegeri asupra cuantumului Indemnizației de asigurare, partea necontestată din aceasta se va plăti de Asigurător, anterior soluționării de către părți a neînțelegerii.
- 11.7. Dacă nu se pot stabili cauzele și circumstanțele în care s-a produs Riscul asigurat, respectiv dreptul de a încasa Indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății Indemnizației de asigurare, până la obținerea clarificărilor și documentelor necesare.

12. BENEFICIARUL DREPTURILOR DIN ASIGURARE

- 12.1. Indemnizațiile datorate de către Asigurător în baza Contractului de asigurare se achită Beneficiarului.
- 12.2. În cazul în care nu s-a desemnat un Beneficiar, drepturile din asigurare se plătesc moștenitorilor Asiguratului.
- 12.3. Dacă Beneficiarul este minor la data producerii Riscului asigurat, plata indemnizației de asigurare se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 12.4. Desemnarea Beneficiarului se poate face fie la încheierea Contractului de asigurare, fie în cursul executării acestuia, prin declarația scrisă comunicată Asigurătorului de către Asigurat sau de Contractant cu acordul Asiguratului, ori prin testament.
- 12.5. Înlocuirea sau revocarea Beneficiarului se poate face oricând în cursul executării Contractului de asigurare, în modul prevăzut la punctul precedent.
- 12.6. În cazul în care Beneficiarul desemnat a decedat după producerea Riscului asigurat, dar înainte de a intra în posesia drepturilor din asigurare, acestea revin moștenitorilor săi.
- 12.7. Dacă unul din Beneficiari a produs intenționat decesul Asiguratului, drepturile din asigurare se plătesc celorlalți Beneficiari desemnați în Contractul de asigurare. Când cel care a produs intenționat decesul Asiguratului este Beneficiar unic, drepturile din asigurare se plătesc moștenitorilor Asiguratului. Asigurătorul este îndreptățit să amâne orice plată până la rămânerea definitivă a unei hotărâri judecătorești prin care se constată vinovăția Beneficiarului.
- 12.8. În cazul în care au fost desemnați mai mulți Beneficiari, fără a se specifica cota parte care revine fiecăruia dintre ei, repartizarea drepturilor din asigurare se va face în părți egale.
- 12.9. Plățile către Beneficiar se vor efectua în moneda Contractului conform detaliilor bancare comunicate de Beneficiar, prin transfer în contul bancar. Pentru contractele în valută este posibilă și plata Indemnizației de asigurare în Lei, la cursul valutar valabil la data evenimentului. Costurile privind transferul bancar vor fi suportate de Beneficiar.

13. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE, REZILIEREA SAU DENUNȚAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 13.1. Contractul de asigurare poate fi modificat prin Act adițional în formă scrisă și semnată de părți, oricând după încheierea acestuia, modificările respective intrând în vigoare în condițiile convenite de părți.
- 13.2. Modificarea structurii Grupului asigurat se poate efectua la data scadenței Primei de asigurare sau, lunar, în ziua scadenței Primei de asigurare, în condițiile convenite de părți.

14. FORȚA MAJORĂ

- 14.1. Niciuna din părți nu răspunde de neexecutarea la termen și/sau executarea în mod necorespunzător, total sau parțial, a oricărei obligații care îi revine conform prezentului Contract dacă neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a fost cauzată de forța majoră, așa cum este definită de lege. Prin forță majoră se înțeleg toate evenimentele și/sau împrejurările imprevizibile și de neînlăturat, independente de voința părții care invocă forța majoră, ce includ, dar nu se rezumă la războaie și revoluții, incendii, inundații, cutremure, epidemii, embargouri, restricții de carantină, și care împiedică sau întârzie, total sau parțial, îndeplinirea obligațiilor părții. Partea care invocă forța majoră trebuie să notifice cealaltă parte în termen de 5 (cinci) zile de la producerea evenimentului și să ia toate măsurile posibile pentru limitarea consecințelor lui. Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, părțile au dreptul de a își notifica încetarea de drept a prezentului raport juridic, fără ca vreuna din ele să pretindă daune-interese.

15. NOTIFICĂRI / COMUNICĂRI

- 15.1. Orice notificare, comunicare, avizare sau înștiințare în legătură cu prezenta Asigurare comunicată vreuneia din părți

trebuie adresată în scris. Orice notificare a Contractantului/Asiguratului către Asigurător se va face la sediul social al acestuia, prin poștă, cu confirmare de primire, iar orice notificare a Asiguratorului către Contractant/Asigurat la adresa acestuia consemnată în Polița/Certificatul de asigurare.

- 15.2. Contractantul are obligația de a notifica Asigurătorul în legătură cu modificarea datelor sale de contact sau ale Persoanelor asigurate.
- 15.3. Dacă Contractantul nu își îndeplinește obligația de notificare a modificărilor, orice notificare făcută de către Asigurător la adresa consemnată în Polița/Certificatul de asigurare se consideră valabil îndeplinită.

16. PREVEDERI FINALE

16.1. Asigurătorul a utilizat pentru calculul Primelor de asigurare principiile actuariale general acceptate, folosind ca incidențe statistice locale sau internaționale. Informații cu privire la detaliile produsului se regăsesc pe adresa de Website-ul Societății www.uniqa.ro.

16.2. Asigurătorul are dreptul de a modifica Condițiile Contractuale Generale și/sau Specifice ale Contractului de asigurare și ale Clauzelor suplimentare, în situația în care, pe parcursul derulării acestuia, intervin modificări legislative care impun adaptarea acestuia conform noilor dispoziții legale.

16.3. Fondul de Garantare

În cazul deschiderii procedurii de faliment împotriva unui Asigurător, efectuarea plăților de indemnizații, despăgubiri rezultate din contractele de asigurare către Asigurați și Beneficiari ai asigurării, este garantată prin Fondul de Garantare, constituit în condițiile legii prin contribuția Asiguratorilor, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor, și are ca scop protejerea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui Asigurător. Fondul de garantare este constituit, administrat și utilizat de către Fondul de Garantare a asiguraților, persoană juridică de drept public, ce asigură efectuarea plății indemnizațiilor/despăgubirilor din disponibilitățile sale, către creditorii de asigurări, potrivit plafonului, stabilit prin Legea nr. 213/ 2015.

16.4. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

- a. Taxele sau comisioanele bancare aferente plății Primelor de asigurare, vor fi suportate de către Contractant, dacă este cazul.
- b. Taxele sau comisioanele bancare care privesc plata Indemnizației de asigurare vor fi suportate de Asigurat/Beneficiar, dacă este cazul.

16.5. Dispoziții finale

- a. Toate disputele care ar putea apărea în legătură cu Contractul de Asigurare vor fi supuse limitărilor impuse de legea română.
- b. Părțile implicate în Contractul de asigurare, Asigurătorul, pe de o parte și Asiguratul, Contractantul, Beneficiarul, pe de altă parte vor încerca să rezolve toate conflictele care pot apărea, pe cale amiabilă. Contractantul asigurării și Asiguratul vor comunica Asiguratorului, în scris, toate nemulțumirile, conflictele și neînțelegerile cu privire la derularea Contractului de asigurare. Orice nemulțumire reclamată de către Asigurat, Beneficiar și/ sau Contractantul Asigurării în legătură cu interpretarea și executarea Contractului de asigurare va fi soluționată prin formularea unei petiții scrise trimise/ depuse: la sediul social al Asiguratorului situat în București, Str. Nicolae Caramfil nr. 25, sector 1, precum și la sediile sucursalelor, agențiilor, punctelor de lucru ale UNIQA Asigurări de viață S.A.; prin intermediul poștei electronice, la adresa de e-mail: reclamatii_viata@uniqa.ro sau completând formularul online de reclamații pe website-ul www.uniqa.ro. Petiția va fi analizată de Asigurator și va fi finalizată prin transmiterea, în termen de maximum 30 (treizeci) de zile, a unui răspuns scris, punctual și argumentat, către persoana care a formulat-o. De asemenea, petițiile se pot transmite și prin intermediul Autorității de Supraveghere Financiară la: <https://portal.asfromania.ro>.

Informații cu privire la Contractul de asigurare pot fi solicitate la numărul de telefon (+40) 374.400.410.

Dacă petentul nu consideră răspunsurile și clarificările oferite de Asigurator drept satisfăcătoare, părțile pot conveni asupra organizării unei întâlniri pentru a face o nouă încercare de soluționare a plângerii. Disputele care nu au fost soluționate amiabil între părțile Contractului de asigurare, pot fi deferite instanțelor competente din România.

c. În conformitate cu prevederile Regulamentului A.S.F. nr. 4/27.04.2016, privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, părțile au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor. SAL-FIN este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniile în care Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) are competență, care organizează și administrează proceduri SAL prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Pentru mai multe informații sau pentru a accesa platforma SAL-FIN, puteți vizita pagina de internet a Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în Domeniul Financiar Nonbancar la adresa www.salfin.ro.

16.6. Legislația aplicabilă: Contractul de asigurare este supus legislației române în vigoare, în special dar fără a se limita la Codul Civil, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare, Legea nr.236/ 2018 privind distribuția de asigurări și legislația secundară emisă în aplicarea acesteia.

16.7. Deduceri fiscale: În conformitate cu prevederile Codului Fiscal în vigoare, sumele încasate de persoanele asigurate, de beneficiarii desemnați prin Contractul de asigurare sau de terțele persoane păgubite, reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi de această natură, nu sunt venituri impozabile. Pentru anumite tipuri de asigurări, primele de asigurare pot fi cheltuieli deductibile, în condițiile prevăzute de legislația fiscală.

16.8. Protecția datelor cu caracter personal și legislația privind prevenirea și combaterea spălării banilor și finanțării actelor de terorism.

16.8.1. Asigurătorul respectă prevederile Regulamentului UE 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul General privind Protecția Datelor).

În temeiul acestuia, Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul Asigurării au fost informați asupra faptului ca datele personale ale acestora sunt prelucrate în vederea emiterii și administrării contractului de asigurare, verificării cererii de despăgubire în cazul producerii evenimentului asigurat, realizării activității de reasigurare și de analiză a portofoliului de clienți (această enumerare fiind exemplificativă și nu limitativă), precum și asupra faptului ca Asigurătorul poate să transmită, în condițiile și cu respectarea legii, către terțe persoane (rezidente și nerezidente) datele personale ale acestora.

Prin semnarea contractului de asigurare Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul atestă că i-a fost adus la cunoștință faptul că își poate exercita dreptul de informare, dreptul de acces la date, dreptul de rectificarea a datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul la stergerea datelor (dreptul de a fi uitat), dreptul la restrângerea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii automate, inclusiv profilare.

Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul atestă, de asemenea, că a luat cunoștință de faptul că informații complete și actualizate referitoare la prelucrarea datelor personale de către Asigurator pot fi accesate la adresa <https://www.uniqa.ro/despre-noi/protectia-datelor.html>.

Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul înțelege că, în situația în care consideră ca drepturile lui nu au fost respectate, poate sesiza acest fapt Asigurătorului, la adresa de e-mail dpo@uniqa.ro sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.

Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul, prin semnarea contractului de asigurare, confirmă că a înțeles pe deplin că scopul principal al prelucrării datelor este încheierea și administrarea contractului de asigurare și că orice refuz de a le furniza determină imposibilitatea de a încheia contractul de asigurare.

16.8.2. Asiguratul/Contractantul, prin semnarea contractului de asigurare, declară că va indica beneficiarul real al contractului de asigurare la momentul semnării acestuia că va înștiința Asigurătorul în cazul în care deține o funcție publică, indicând totodată și funcția deținută și că va respecta legislația privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor.

16.8.3. Asiguratul/Contractantul se obligă să comunice Asigurătorului orice modificare a declarațiilor date la momentul semnării contractului de asigurare. În caz contrar, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza efectuarea tranzacțiilor solicitate și/sau de a înceta relațiile cu Asiguratul/Contractantul în cazul unor declarații false sau dacă are suspiciuni cu privire la realitatea celor declarate.

16.9. Alte prevederi

16.9.1. Asigurătorul acceptă cu efect juridic numai solicitările transmise în scris, direct la sediul social al Asigurătorului, cu indicarea motivului sesizării/solicitării de informații necesare, nume și prenume, CNP/CUI, adresă precum și numărul Poliței de asigurare. Formularele tipizate trebuie completate în integralitate și semnate.

16.9.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de Asigurat/Contractant, pentru a determina cuantumul obligației de plată al Indemnizației de asigurare. Asiguratul, fără a fi exonerat de obligația depunerii documentelor, mandatează Contractantul/Asigurătorul să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități necesare în vederea obținerii oricăror documente necesare pentru ca Asigurătorul să poată determina circumstanțele producerii Riscului/ Evenimentului asigurat și cuantumul Indemnizației de plată, după caz.

16.9.3. Raportul privind solvabilitatea și situația financiară a companiei poate fi accesat la adresa: <https://www.uniqa.ro/despre-noi/despre-companie.html#tab-life>.

16.9.4. Termenele contractuale menționate în Condițiile contractuale se referă la zile, luni, ani calendaristice/calendaristici și se calculează în zile, respectiv luni întregi, în calculul acestora intrând atât ziua (ora 00:00), respectiv luna în cadrul căreia aceste termene încep să curgă, cât și ultima zi (ora 24:00)/lună a termenului. Termenul contractual care începe pe data de 29, 30 sau 31 ale lunii și se sfârșește într-o lună care nu are o asemenea zi, se va socoti împlinit la încetarea ultimei zile calendaristice a lunii de sfârșit.

16.9.5. Toate sumele datorate de Asigurator nu sunt purtătoare de dobândă.

1. Prezenta Clauză suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale de asigurare și Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane. Prevederile prezentei Clauze suplimentare au caracter derogatoriu de la orice prevedere contrară din Condițiile generale de asigurare și din Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane.
2. În baza prezentei Clauze suplimentare, Asigurătorul acceptă să extindă acoperirea poliței de asigurare timp de 24 de ore pe zi, inclusiv în timpul sărbătorilor legale, pentru accidentele pe care Asiguratul le suferă în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.
3. În cadrul articolului anterior, prin accident se înțelege un eveniment întâmplător și imprevizibil, provenit din afara și independent de voința Asiguratului și de orice condiții pre-existente, care afectează viața și integritatea corporală a Asiguratului și care conduce la apariția riscurilor asigurate prin Contractul de asigurare.
4. Sunt excluse din această acoperire accidentele produse ca urmare a efectuării unor activități:
 - a) în folosul altor persoane;
 - b) în folos propriu: construcții, desfundare coșuri, tinichigii care lucrează pe acoperișuri, instalări de antene radio și TV, acordarea serviciilor de șoferit, servicii de operare a macaralelor și utilajelor agricole, precum și activitățile casnice cu grad mare de risc (ex. accidente survenite ca urmare a utilizării gaterului în gospodărie).
 - c) extraprofesionale de sportiv amator sau profesionist.

1. Prezentele Condiții specifice sunt valabile numai împreună cu Condițiile generale de asigurare. Prevederile prezentelor Condiții specifice au caracter derogatoriu de la orice prevedere contrară din Condițiile generale de asigurare.

2. Obiectul, riscurile și cheltuielile acoperite prin contractul de asigurare.

2.1. În baza prezentelor Condiții specifice, Contractul de asigurare acoperă riscurile privind accidentele de muncă pe care Asiguratul le suferă ca urmare a exercitării ocupațiilor profesionale declarate, în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.

2.2. Pot fi cuprinse în asigurare persoane în vârstă de la 16 la 74 ani, cu condiția ca în anul expirării asigurării vârsta Asiguratului să nu depășească 75 ani. Vârsta Asiguratului se calculează ca diferență între anul calendaristic în care începe răspunderea Asigurătorului și anul de naștere al Asiguratului.

2.3. În baza prezentelor Condiții specifice sunt asigurate riscurile de deces și invaliditate permanentă ca urmare a unui accident de muncă suferit de Asigurat în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, în limita sumelor asigurate pentru fiecare risc, înscrise în polița de asigurare.

2.3.1. Deces ca urmare a unui accident de muncă.

În cazul în care, în decursul unui an de la data producerii sale, accidentul duce la decesul Asiguratului, se plătește suma asigurată înscrisă în polița de asigurare pentru cazul de deces.

În cazul în care s-a plătit o indemnizație pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident și Asiguratul decedează din cauza accidentului în decursul unui an de la data producerii acestuia, eventualele sume plătite drept indemnizație pentru cazul de invaliditate permanentă ca urmare a unui accident nu se recuperează.

2.3.2. Invaliditate permanentă ca urmare a unui accident de muncă.

2.3.2.1. Dacă producerea unui accident cauzează o invaliditate permanentă totală sau parțială a Asiguratului, indemnizația cuvenită se va calcula astfel:

- dacă, gradul de invaliditate permanentă stabilit nu depășește 50%, cuantumul indemnizației se va calcula prin aplicarea la suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident a procentului gradului de invaliditate permanentă stabilit;

- dacă gradul de invaliditate permanentă stabilit depășește 50%, cuantumul indemnizației se va calcula prin aplicarea la suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident a unui procent rezultat din cumularea a 50% cu dublul gradului de invaliditate permanentă stabilit pentru partea care depășește 50%, dar nu mai mult de 100%.

Invaliditatea permanentă trebuie să fi fost stabilită de către un medic desemnat sau agreat de către Asigurător, și comunicată Asigurătorului într-un termen de maxim 12 luni de la data producerii accidentului.

2.3.2.2. a) Gradul de invaliditate permanentă se va stabili conform Tabelii Gradelor de Invaliditate (T.G.I.). Grade de invaliditate fixe sunt considerate, excluzându-se dovada unei invalidități mai mari sau mai mici, următoarele pierderi sau incapacități funcționale:

- ale unui braț din articulația scapulo-humerală	70%
- ale unui braț până deasupra articulației humero-cubitale (cotului)	65%
- ale unui braț sub articulația humero-cubitală (cotului)	60%
- ale unei mâini la încheietura mâinii	55%
- ale unui police (deget mare)	20%
- ale unui deget arătător	10%
- ale unui alt deget	5%
- ale unui picior deasupra mijlocului femurului	70%
- ale unui picior până la mijlocul femurului	60%
- ale unui picior până sub genunchi	50%
- ale unui picior până la mijlocul gambei	45%
- ale tălpii din articulația piciorului	40%
- ale degetului mare de la picior (haluce)	5%
- ale unui alt deget de la picior	2%
- ale unui ochi	50%
- ale auzului la o ureche	30%
- ale mirosului	10%
- ale gustului	5%

b) În cazul în care accidentul diminuează funcționarea mai multor părți ale corpului sau mai multor organe senzoriale, gradele de invaliditate permanentă prevăzute în Tabela Gradelor de Invaliditate (T.G.1.), se cumulează. Cumularea gradelor de invaliditate nu poate depăși 100%.

c) Indemnizația de asigurare pentru invaliditate permanentă se calculează din suma asigurată pentru invaliditate permanentă ca urmare a unui accident de muncă înscrisă în polița de asigurare, indiferent de numărul accidentelor, fără a depăși însă limita maximă prevăzută la lit.b).

2.3.2.3. În cazul în care accidentul lezează o funcțiune fizică sau intelectuală, care a fost diminuată permanent anterior, se va proceda la o diminuare a gradului de invaliditate permanentă stabilit, cu gradul de invaliditate permanentă preexistent.

2.3.2.4. În cazul în care Asiguratul decedează din altă cauză și nu din cauza accidentului, sau indiferent din ce cauză în decursul unui an de la data producerii accidentului, și a fost cerută plata indemnizației pentru invaliditate permanentă, plata se va efectua în funcție de gradul de invaliditate permanentă care ar fi fost stabilit conform ultimelor constatări medicale.

2.3.2.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a cere reexaminarea Asiguratului de către un alt medic, precum și reexaminarea într-o altă localitate decât localitatea de domiciliu a Asiguratului, în cazul în care se impune luarea unor astfel de măsuri.

2.3.2.6. Asigurătorul își rezervă dreptul, dacă situația o impune, de a reduce gradele de invaliditate permanentă în urma unor expertize medicale efectuate de către medici specialiști, în conformitate cu actele medicale depuse la dosarul privind plata despăgubirilor din asigurare.

2.3.2.7. După fiecare producere a unei invalidități permanente parțiale în urma unui eveniment asigurat și plata unei indemnizații de asigurare, suma asigurată pentru invaliditate permanentă rămâne aceeași ca și înainte de plata indemnizației respective. În cazul în care se produce un alt eveniment asigurat în care Asiguratul suferă o altă invaliditate permanentă parțială, indemnizația se va stabili prin aplicarea procentului corespunzător din Tabela Gradelor de Invaliditate (T.G.1.), cu mențiunea că suma tuturor procentelor pentru toate evenimentele asigurate nu trebuie să depășească 100% din suma asigurată pentru invaliditate permanentă.

3. Suma asigurată.

3.1. Sumele asigurate se stabilesc, după cum urmează:

- a) o sumă asigurată pentru deces;
- b) o sumă asigurată pentru invaliditate permanentă totală.

4. Excluderi.

4.1. Sunt excluse din asigurare:

- urmările oboselii, surmenajului, accidentelor consecință a tratării bolilor (reumatism, hipertensiune arterială, arteroscleroză, pneumonie, etc).
- conducerea unui autovehicul în stare de ebrietate.
- lipsa măsurilor de securitate și protecție a angajaților.
- leziunile vertebrale, hemoragiile organelor interne sau cerebrale, exceptând cazurile în care există o legătură directă de cauzalitate între aceste leziuni sau hemoragii și accidentul produs, care intră în acoperirea oferită de prezenta poliță.
- accidentele produse ca urmare a fumatului în locuri nepermise sau în încăperi în care sunt depozitate produse inflamabile sau combustibile ori în încăperi care sunt folosite pentru manipularea acestora.
- prejudiciile produse în circumstanțele părăsirii neautorizate a locului de muncă în timpul programului de lucru.
- accidentele provocate de tulburări mintale, pierderi de cunoștință, chiar dacă acestea s-au produs sub influența alcoolului sau ca rezultat al unor stări similare (medicamente, droguri, substanțe dopante etc.), apoplexii, accese epileptice sau alte accese spastice, care cuprind întregul corp al Asiguratului; accidentele care au survenit ca urmare a unei boli. Protecția din asigurare se menține totuși, dacă aceste tulburări sau accese epileptice ori spastice au fost cauzate de un accident care intră sub protecția asigurării.
- accidentele suferite atunci când Asiguratul comite sau încearcă să comită o infracțiune sau o faptă incriminată de dispozițiile legale ca infracțiune săvârșită cu intenție, chiar și atunci când au fost comise la instigarea Beneficiarului, precum și în timpul sustragerii de la urmărirea penală pentru asemenea fapte.
- urmările normale ale luminii, temperaturii, stării timpului, cu excepția situațiilor care nu puteau fi evitate prin voința Asiguratului.
- vătămrile sănătății cauzate de tentative de suicid, de tratamente de vindecare sau de intervenții pe care Asiguratul le aplică sau care sunt aplicate asupra corpului său, inclusiv acțiuni de mutilare și automutilare. Protecția din asigurare se menține totuși, dacă tratamentele de vindecare, intervențiile, precum și procedurile de diagnostic și de terapie cu raze, au fost impuse de un accident care intră sub protecția asigurării.
- infecțiile. Protecția din asigurare se menține totuși, atunci când agenții patogeni au pătruns în corp datorită unei leziuni provocate de un accident care intră sub protecția asigurării. Nu sunt însă considerate răni provocate de accident, leziunile superficiale ale pielii sau ale mucoaselor, prin care agenții patogeni ajung imediat sau mai târziu în corp, cu excepția turbării și a tetanosului.
- otrăviri și intoxicații prin introducerea de substanțe fluide sau solide în gură.
- rupturile abdomenului. Protecția din asigurare se menține totuși, dacă aceste rupturi au fost cauzate de o acțiune violentă și venită din afară, care intră sub protecția asigurării.

- sângerările organelor interne și hemoragiile cerebrale. Protecția din asigurare se menține totuși, în cazul în care un accident care intră sub protecția asigurării, a determinat cauza vătămării.
- hernia de disc intervertebral.
- accidentele survenite ca urmare a unor dereglări patologice din cauza unor reacții psihice, indiferent de factorii generatori.
- orice afecțiune, vătămare corporală sau deces al Asiguratului, în legătură cu SIDA, infecții HIV și/sau infecții aflate în relație cu SIDA.
- orice afecțiune, vătămare corporală sau deces al Asiguratului, în legătură cu azbest sau orice materiale sau operațiuni/lucrări în legătură cu azbestul; această asigurare nu acoperă daune, pierderi, costuri sau cheltuieli de orice natură cauzate direct sau indirect, rezultând din, întâmplare prin, derivate din sau aflate în conexiune cu orice răspundere sau daună sau pagubă în legătură cu azbestul sau orice material conținând azbest sau cu orice lucrare/operațiune în care se folosește azbest, indiferent de cantitate.

4.2. Nu constituie accident:

- a) urmările bolilor profesionale și a celor cauzate de meserii;
- b) bolile transmise prin atacul animalelor (cu excepția turbării), înțepătura insectelor, mușcătura șerpilor;
- c) malaria, tifosul exantematic și alte boli infecțioase; cauza declanșării unor boli infecțioase nu se consideră accident;
- d) infarctul din orice cauză;
- e) sinuciderea, chiar și în cazul în care Asiguratul a comis fapta într-o stare care exclude libera determinare a propriei voințe. Protecția din asigurare se menține însă, dacă acea stare a fost provocată de un accident care intră sub protecția asigurării.

4.3. Sunt excluse de sub protecția asigurării:

- a) urmările oricărei boli;
- b) accidentele petrecute în timpul unor activități sportive;
- c) accidentele cauzate de afecțiuni preexistente la data intrării în vigoare a contractului.

4.4. Nu sunt acoperite prin prezenta Condiție specifică cheltuielie pentru și în legătură cu: spitalizarea, convalescența, terapia intensivă, incapacitatea temporară de muncă, aparatul gipsat, fracturi, arsuri, intervenții chirurgicale, cheltuielile medicale (medicamente, materiale medicale ajutătoare, diagnostic radiografic, radioterapia, terapia termică sau fototerapia și alte proceduri asemănătoare prescrise de medic), de căutare, salvare, transport, chiar dacă acestea au fost efectuate ca urmare a unui accident.

4.5. Persoane care nu pot fi asigurate:

- a) Nu se asigură persoanele care au o invaliditate permanentă mai mare de 50% conform Tabelei Gradelor de Invaliditate (T.G.I.)
- b) Nu pot fi asigurate și nu sunt asigurate, chiar dacă s-au plătit prime, persoanele care au nevoie de insoțitor sau asistent personal pentru îndeplinirea treburilor zilnice, conform prevederilor legale, alienații.

Primele încasate, începând cu contractarea asigurării, pentru persoanele care au nevoie de insoțitor sau asistent personal pentru îndeplinirea treburilor zilnice, conform prevederilor legale, precum și pentru alienați, vor fi restituite integral.

4.6. Dacă pe perioada asigurării, în urma producerii evenimentului asigurat, Asiguratul intră în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate, asigurarea se reziliază, iar primele de asigurare se restituie numai pentru contractele de asigurare încheiate pe o durată mai mare de un an și numai pentru ani întregi de asigurare, următorii anului de asigurare în care s-a produs ultimul eveniment asigurat. Pentru acele persoane care pe durata asigurării intră în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate, fără să se fi produs evenimentul asigurat, vor fi restituite primele de asigurare care corespund perioadei de asigurare neexpirate.

4.7. Protecția din asigurare se suspendă îndată ce Asiguratul prestează serviciul în caz de război într-o unitate militară sau într-o formațiune similară. Protecția din asigurare se reia îndată ce Asiguratul comunică în scris Asigurătorului despre încetarea acestui serviciu, contractul de asigurare prelungindu-se cu această perioadă.

4.8. În cazul asigurării de grup, protecția din asigurare încetează odată cu încetarea relațiilor contractuale de muncă între Asigurat și Contractant.

5. Obligațiile asiguratului/contractantului/beneficiarului.

5.1. Pe durata asigurării toate schimbările activității profesionale sau ale ocupației Asiguratului, trebuie notificate în scris, în termen de 30 de zile de la data producerii schimbării, iar prima de asigurare va fi recalculată conform noii încadrări în grupa de risc, dacă este cazul.

- a) Dacă după schimbarea activității profesionale sau a ocupației Asiguratului, rezultă o primă mai mică decât cea inițială conform tarifului valabil la data schimbării, diferența de primă se va restitui la cererea Asiguratului/Contractantului.
- b) Dacă prima recalculată ca urmare a schimbării activității profesionale va fi mai mare decât prima cuprinsă în Contractul de asigurare și Contractantul/Asiguratul nu avizează Asigurătorul cu privire la modificarea condițiilor de risc, protecția prin asigurare se menține timp de încă două luni de la data schimbării activității profesionale sau a ocupației, la sumele asigurate, respectiv indemnizațiile din asigurare inițiale. Dacă intervine un accident după scurgerea acestui termen, iar Contractantul/Asiguratul nu a avizat Asigurătorul cu privire la modificarea condițiilor de risc sau fără să se fi obținut un acord privind modificarea primei, valoarea despăgubirilor convenite din asigurare se diminuează proporțional cu raportul dintre prima de asigurare care ar fi trebuit plătită și prima de asigurare care s-a plătit.

5.2. Participarea la concentrări militare nu este considerată schimbare a profesiei sau a ocupației.

5.3. Imediat după accident Asiguratul este obligat să se prezinte, în măsura în care starea sănătății îi permite, la o unitate sanitară sau la un medic spre a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris. Dacă Asiguratul nu are această posibilitate,

obligația de a-l prezenta la unitatea sanitară sau la medic și a se îngriji să urmeze tratamentul prescris o are Contractantul. Asiguratul va respecta dispozițiile medicului și va căuta să diminueze, pe cât posibil, consecințele accidentului.

5.4. Asiguratul se va îngriji ca informațiile și expertizele cerute de Asigurător să fie depuse cât mai urgent cu putință, în scopul stabilirii gradului de invaliditate.

5.5. Asiguratul este obligat să se supună unei examinări medicale de către medici desemnați de Asigurător, pe cheltuiala Asigurătorului.

5.6. Medicii care au examinat sau tratat Asiguratul și cu alte ocazii, alte societăți de asigurare și autorități, vor fi împuternicite de Asigurat să dea Asigurătorului toate informațiile necesare cu privire la persoana sa.

5.7. Pentru a putea beneficia de despăgubirea din asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte Asigurătorului următoarele documente și acte:

- polița/certificatul de asigurare în original;
- dovada achitării primei/ratelor de primă de asigurare în original;
- cererea Asiguratului;
- procesul verbal de constatare a accidentului de muncă;
- procesul verbal sau alte documente, din care să rezulte data, locul și împrejurările accidentului, dacă accidentul nu s-a produs la locul de muncă;
- acte medicale emise de unitățile care au acordat primul ajutor după accident și/sau au examinat și tratat Asiguratul ulterior;
- orice alte mijloace legale de probă, inclusiv declarații ale martorilor autentificate sau date în fața reprezentanților Asigurătorului, abilitați în acest sens;

5.8. În cazul decesului Asiguratului cauzat de accident, decesul trebuie comunicat în scris Asigurătorului în termen de 48 de ore de la producerea acestuia, cu excepția forței majore, situație în care termenul de 48 de ore începe să curgă de la încetarea acesteia.

5.9. Asigurătorul este îndreptățit să ceară examinarea corpului Asiguratului decedat și să solicite autopsierea de către medicul desemnat de Asigurător, pe cheltuiala Asigurătorului.

5.10. În caz de deces al Asiguratului, pe lângă documentele și actele menționate mai sus, mai trebuie depuse:

- certificatul de deces;
- certificatul medical constatator al decesului;
- cererea(rile) Beneficiarului(ilor) asigurării;
- acte care să dovedească calitatea de Beneficiar(i).

5.11. Pentru documentele solicitate în original, Asigurătorul certifică autenticitatea acestora și reține numai copiile care, împreună cu toate celelalte documente solicitate, devin proprietatea Asigurătorului.

5.12. În cazul în care obligația de înștiințare a decesului este neglijată cu premeditare, sau în cazul în care aprobarea pentru cercetarea sau autopsierea corpului Asiguratului decedat este refuzată, Asigurătorul este absolvit de obligația sa ce rezultă din asigurare.

6. Obligațiile asigurătorului după producerea evenimentului asigurat.

6.1. De îndată ce Asigurătorul a primit documentele și actele pe care Asiguratul trebuie să le depună în legătură cu consecințele accidentului, precum și după terminarea tratamentului medical necesar pentru stabilirea gradului de invaliditate permanentă, Asigurătorul este obligat, în termen de o lună

- iar în caz de invaliditate reclamată de Asigurat, în termen de 3 luni - de la data primirii ultimului act, să se pronunțe dacă recunoaște dreptul Asiguratului la plata despăgubirii din asigurare și cuantumul acesteia.

6.2. În cazul în care Asigurătorul recunoaște dreptul la plata despăgubirii, sau în cazul în care Asigurătorul și Asiguratul au convenit în privința cauzei accidentului și a gradului de invaliditate, Asigurătorul face plata în decurs de 30 zile de la recunoașterea acestui drept.

6.3. Asiguratul are dreptul, în cazuri justificate, să solicite Asigurătorului o nouă examinare medicală în cel mult 2 ani de la data producerii accidentului. Asigurătorul este obligat să primească această cerere, să stabilească și să plătească pe baza actelor medicale eventualele diferențe. În acest caz, Asiguratul trebuie să facă dovada faptului că gradul de invaliditate stabilit în urma reexaminării se datorează aceluiași accident survenit pe perioada asigurării.

6.4. În cazul producerii decesului Asiguratului cauzat de accident, după examinarea documentelor depuse de Beneficiar(i) și a celor procurate de Asigurător, acesta are obligația ca în termen de 30 de zile de la data primirii ultimului act, să declare față de Beneficiar(i) care este cuantumul despăgubirii. Plata drepturilor din asigurare se va face în decurs de 15 zile de la data stabilirii cuantumului acestora.

7. Beneficiarul drepturilor din asigurare.

7.1. În cazul producerii unui accident care a determinat vătămarea sănătății Asiguratului, sumele datorate de Asigurător pentru prestațiile convenite prevăzute în prezenta asigurare, se achită Asiguratului.

7.2. În cazul decesului Asiguratului, dacă nu s-a desemnat un Beneficiar, drepturile din asigurare se plătesc moștenitorilor legali ai Asiguratului.

7.3. Desemnarea Beneficiarului se poate face fie la încheierea contractului de asigurare, fie în cursul executării acestuia, prin declarația scrisă comunicată Asigurătorului de către Asigurat sau de Contractant cu acordul Asiguratului, ori prin testament.

7.4. Înlocuirea sau revocarea Beneficiarului se poate face oricând în cursul executării contractului, în modul prevăzut la articolul precedent.

7.5. În cazul în care Beneficiarul desemnat decedează după producerea evenimentului asigurat, dar înainte de a intra în posesia drepturilor din asigurare, acestea revin moștenitorilor săi legali.

7.6. Dacă unul din Beneficiari a produs intenționat decesul Asiguratului, drepturile din asigurare se plătesc celorlalți Beneficiari desemnați în contractul de asigurare. Când cel care a produs intenționat decesul Asiguratului este Beneficiar unic, drepturile din asigurare se plătesc moștenitorilor legali ai Asiguratului. Asigurătorul este îndreptățit să amâne orice plată până la rămânerea definitivă a unei hotărâri judecătorești prin care se constată vinovăția Beneficiarului.

7.7. În cazul în care au fost desemnați mai mulți Beneficiari, fără a se specifica cota parte care revine fiecăruia dintre ei, repartizarea drepturilor din asigurare se va face în părți egale.

7.8. Asigurătorul achită drepturile din asigurare Beneficiarului, pe cheltuiala acestuia. În cazul transmiterii sumelor în afara teritoriului României, Beneficiarul suportă riscurile legate de această transmitere.

8. Cesionarea drepturilor de despăgubire.

8.1. În cazul producerii unui eveniment asigurat pe baza unui Contract de asigurare care cuprinde o clauza de cesionare a despăgubirii convenite în favoarea unui creditor, despăgubirea convenita va fi achitată direct creditorului respectiv, până la concurența valorii dreptului său, iar Asiguratului i se va achita numai diferența. Cu acordul creditorului despăgubirea poate fi acordată Asiguratului.

8.2. Asiguratul/Contractantul nu poate cesiona Contractul de asigurare unei terțe părți decât cu acordul scris al Asiguratorului și cu înscrierea cesiunii respective în Contractul de asigurare sau într-un act aditional la aceasta. Asiguratul poate ceda dreptul la primirea despăgubirii convenite după producerea evenimentului asigurat, cu condiția ca această cedare să nu determine o creștere a riscului asigurat. Cel în favoarea căruia se cesionează Contractul de asigurare de către Asigurat/Contractant nu va avea calitatea de Asigurat și nu va avea decât acele drepturi pe care le are Asiguratul la momentul cesiunii și doar în cuantumul valorii dreptului său.

9. Subrogare.

9.1. În urma producerii unui eveniment asigurat Asigurătorul are dreptul la acțiune de regres împotriva persoanelor vinovate de producerea sau mărirea daunei, pentru partea de daună care s-a mărit, după plata despăgubirii convenite și în limita acesteia, fiind subrogat în toate drepturile Asiguratului și sau Contractantului și/sau Beneficiarului Contractului de asigurare contra tertilor raspunzatori.

9.2. Asiguratul și/sau Contractantul și/sau Beneficiarul Contractului de asigurare răspund față de Asigurător pentru prejudiciile aduse prin acte care ar împiedica exercitarea dreptului de regres împotriva persoanelor răspunzătoare de producerea daunei ori de mărirea acesteia, pentru partea de daună care s-a mărit.

9.3. Dacă Asiguratul sau după caz, Contractantul și/sau Beneficiarul renunță la drepturile sale de despăgubire față de terții răspunzători, dă descărcare sau face o tranzacție etc., despăgubirea ce s-ar cuveni Asiguratului sau după caz, Beneficiarului se va reduce în mod corespunzător cu sumele care au făcut obiectul acestor acte juridice.

Dacă plata despăgubirii a fost deja efectuată, Asiguratul sau după caz, Beneficiarul este obligat să înapoieze sumele care au făcut obiectul actelor juridice prin care a renunțat la drepturile sale de despăgubire față de terții răspunzători, a dat descărcare sau a făcut o tranzacție etc.

10. Dispoziții finale.

10.1. Drepturile ce decurg din contractul de asigurare se datorează, independent de sumele convenite Asiguratului sau Beneficiarului din asigurările sociale, de repararea prejudiciului de cei răspunzători de producerea sa, precum și de sumele primite de la alți asigurători în temeiul altor contracte de asigurare.

Creditorii Asiguratului nu au dreptul să urmărească drepturile din asigurare convenite Beneficiarului asigurării.

10.2. Asiguratul/Contractantul nu poate cesiona drepturile din Contractul de asigurare unei terțe părți decât cu acordul scris al Asiguratorului. Asiguratul poate ceda dreptul la primirea indemnizației convenite, după producerea evenimentului asigurat, cu condiția ca această cedare să nu determine o creștere a riscului asigurat; în acest caz cel în favoarea căruia se cesionează drepturile ce decurg din contractul de asigurare de către Asigurat nu va avea calitatea de Asigurat și nu va avea decât acele drepturi pe care le are Asiguratul la momentul realizării cesiunii.

10.3. Toate dispozițiile prevăzute în contractul de asigurare sunt opozabile Beneficiarilor, precum și succesorilor de drept prevăzuți în prezentele Condiții specifice de asigurare.

10.4. În cazul în care Asiguratul se află pentru un timp mai îndelungat în afara teritoriului României, ar fi în interesul său și indicat să comunice Asigurătorului adresa unei persoane din țară împuternicită să primească mesajele care îi sunt destinate (împuternicit pentru comunicări și transmiteri).

11. DEFINIȚII

11.1. Asigurat:

a) orice persoană fizică, cetățean român sau cetățean străin care are domiciliul/rezidența în România, a cărei viață sau integritate corporală constituie obiectul asigurării;

b) un grup de persoane care au încheiat un contract individual de muncă cu Contractantul sau care au încheiat orice alt tip de contract cu Contractantul, altul decât un contract individual de muncă, pentru desfășurarea unei activități prevăzute și admise de lege și care, în ambele cazuri, se află în evidențele acestuia la data intrării în vigoare a Contractului;

c) persoanele care au încheiat un contract individual de muncă cu Contractantul sau care au încheiat orice alt tip de contract cu Contractantul, altul decât un contract individual de muncă, pentru desfășurarea unei activități prevăzute și admise de lege și care, în ambele cazuri, intra în evidențele acestuia după data intrării în vigoare a contractului de asigurare, intra în acoperire după o perioadă de 30 (treizeci) zile de activitate continuă la locul de muncă;

d) un membru al grupului de persoane asigurate care nu este activ și prezent la locul de muncă la data începerii asigurării din cauza unui accident sau unei îmbolnăviri și care nu revine la locul de muncă într-un interval de 7 (șapte) zile consecutive de la data începerii asigurării, intra în acoperire după o perioadă de 30 (treizeci) zile de activitate continuă la locul său de muncă.

11.2. Accident de muncă: un eveniment nedorit, independent de voința asiguratului, datorat unei cauze exterioare care generează rănirea sau vătămarea violentă a organismului, precum și intoxicația acută profesională, care are loc în timpul procesului de muncă sau în îndeplinirea îndatoririlor de serviciu, indiferent de natura juridică a contractului în baza căruia se desfășoară activitatea și care provoacă invaliditate permanentă sau decesul asiguratului.

11.2.1. În cadrul noțiunii de accident de muncă sunt incluse și accidentele determinate de fenomene sau calamități naturale cum ar fi: furtuna, viscol, cutremur, inundație, alunecări de teren, trăsnet, etc., dacă asiguratul se afla în timpul procesului de muncă sau în timpul îndeplinirii îndatoririlor de serviciu.

11.2.2. În cadrul accidentelor de muncă sunt cuprinse și următoarele categorii de evenimente, care în cazul producerii unei daune, vor fi dovedite prin documente justificative eliberate de organele în drept:

- accidentul survenit în timpul și pe traseul normal al deplasării angajatului de la domiciliul permanent la locul de muncă și invers;

- accidentul suferit în timpul deplasării angajatului de la sediul angajatorului sau la orice alt loc de muncă organizat de acesta, în cadrul îndeplinirii îndatoririlor de serviciu, pe durata normală de deplasare.

- Pentru alineatele de mai sus, deplasarea trebuie să se facă fără abateri nejustificate de la traseul normal și de asemenea, transportul să se facă în condițiile prevăzute de normele de protecția muncii sau de circulație, în vigoare.

- accidentul suferit ca urmare a unei acțiuni întreprinse din proprie inițiativă pentru prevenirea ori înlăturarea unui pericol care amenință avutul public, sau pentru salvarea de vieți omenești.

- accidentul suferit în timpul deplasărilor în interes de serviciu; în situația în care deplasarea se efectuează în afara localității în care se află locul de muncă de bază, asigurarea validează 24 ore/zi, pe întreaga durată prevăzută în documentul de deplasare.

- accidentul suferit de de cei care îndeplinesc sarcini de stat sau de interes public, inclusiv în cadrul unor activități culturale, sportive, în timpul și din cauza îndeplinirii acestor sarcini.

- accidentul survenit în timpul vizitelor organizate la o persoană juridică sau fizică în scop profesional.

11.3. Vătămare corporală: orice leziune fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un eveniment asigurat produs în perioada de valabilitate a asigurării;

11.4. Invaliditate permanentă: prejudicierea corporală permanentă a Asiguratului ca urmare a unui eveniment asigurat, care are drept consecință reducerea potențialului fizic, psihosenzorial sau intelectual, ivită în curs de cel mult un an de la data evenimentului asigurat, consolidată și nesusceptibilă de ameliorări.

Invaliditate permanentă totală: pierderea de către Asigurat în mod permanent și total, a capacității de a exercita orice profesie sau meserie, remunerate sau aducătoare de profit, datorate unui eveniment asigurat survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Invaliditate permanentă parțială: pierderea parțială de către asigurat a capacității anatomice și funcționale a unui organ sau sistem, datorită unui eveniment asigurat survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

11.5. Spital: instituție medicală de tratament, publică sau privată, cu paturi, care îndeplinește simultan următoarele condiții:

a) funcționează în conformitate cu legile României, având toate autorizațiile necesare;

b) are ca activitate principală acordarea de servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG);

c) dispune de aparatură și echipamente medicale adecvate și de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare, pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, corespunzător diagnosticului principal formulat la internarea pacientului;

d) dispune de un serviciu de gardă permanentă cu medici și personal auxiliar; Nu sunt considerate Spitale:

a) policlinicile;

b) clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;

c) casele de odihnă sau convalescență;

d) sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de fiziologie;

e) azilele de bătrâni și unitățile destinate internării cazurilor sociale;

f) cabinetele fizioterapeutice și sanatoriile balneare;

g) instituțiile de "nursing" sau de îngrijiri medicale la domiciliu și structurile pentru "spitalizare de zi";

h) instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;

i) unitățile pentru tratarea persoanelor dependente de alcool sau de narcotice.

11.6. Spitalizare: timpul în care o persoană este internată și îngrijită într-un spital cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru urmările unui eveniment asigurat, cu condiția ca acest timp să cuprindă cel puțin o noapte.

Este acoperită numai spitalizarea efectuată la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medicochirurgicale.

Nu este considerată spitalizare în sensul prezentelor condiții de asigurare, internarea în vederea tratării unor boli cronice preexistente ori internarea cu scop de odihnă, cură de dezintoxicare, geriatrie.

11.7. Convalescență: perioada în care Asiguratul, după ieșirea din spital, urmează tratamentul și repausul recomandat de un medic de specialitate însă nu poate să-și continue, activitatea profesională;

11.8. Certificat medical: document tipizat cu regim special, emis pe numele și datele de identificare a Asiguratului, de o persoană autorizată legal pentru a practica medicina (alta decât Asiguratul sau o ruda și/sau afin al Asiguratului) prin care se dovedește concediul medical al Asiguratului;

11.9. Concediu medical: număr de zile pentru care se întrerupe activitatea Asiguratului, în calitate de salariat, ca urmare a unui eveniment asigurat.

11.10. Incapacitate temporară de muncă: acea situație apărută ca urmare a unui accident de muncă suferit de Asigurat, care îl împiedică în totalitate pe acesta să desfășoare orice activitate pe o perioadă de timp limitată, dovedită prin documente medicale eliberate de o unitate medicală autorizată;

11.11. Fractura: leziune osoasă constând dintr-o soluție de continuitate completă sau incompletă cu sau fără deplasarea fragmentelor osoase;

11.12. Intervenție chirurgicală: o procedură medicală efectuată exclusiv în scop terapeutic la recomandarea unui medic de specialitate și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

a) este practică de către unul sau mai mulți chirurghi cu drept de exercitare a profesiei, în secția de chirurgie a unui Spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;

b) implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

11.13. Arsură: leziune tisulară provocată de acțiunea radiației calorice, substanțelor chimice, curentului electric, substanțelor radioactive;

11.14. Afecțiune/vătămare/condiție medicală preexistentă: o leziune sau boală sau consecințele ei, precum și orice manifestare patologică sau altă condiție medicală rezultată în urma unei boli sau a unui accident care a apărut anterior datei intrării în vigoare a contractului de asigurare, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, pentru care Asiguratul:

- a fost diagnosticat; sau

- a solicitat sau a primit tratament sau servicii medicale; sau

- a urmat un tratament prescris; sau

- Asiguratul știa de existența acesteia; sau

- manifestările bolii, simptomele și semnele, nu puteau trece neobservate.

11.15. Boală: orice stare 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, paraclinice sau de laborator specifice. Sunt acoperite numai bolile care au fost diagnosticate prima dată pe perioada de valabilitate a contractului.

11.16. Boala profesională, în sensul Legii securității și sănătății în muncă nr. 319 din 14 iulie 2006 și a Normei metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă **cu modificările și completările ulterioare (H.G.1425/2006 modificata și completata prin H.G. 955/2010)**, este afecțiunea care se produce ca urmare a exercitării unei meserii sau profesii cauzată de agenți nocivi fizici chimici ori biologici caracteristici locului de muncă, precum și de suprasolicitarea diferitelor organe sau sisteme ale organismului în procesul de muncă. Bolile profesionale a căror cercetare, declarare și evidență sunt obligatorii, sunt cele prevăzute în lista anexă nr. 22 la Norma Metodologică menționată mai sus

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Prezentă Asigurare suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de Grup.
- 1.2. Prevederile prezentelor Condiții speciale se completează cu prevederile Condițiilor generale pentru Asigurarea de viață de Grup cărora îi sunt atașate, în măsura în care nu contravin prezentelor.

2. DEFINIȚII

În textul acestei Asigurări suplimentare sau în documentația aferentă acestea se vor folosi următorii termeni:

- 2.1. Risc asigurat: Decesul Asiguratului, survenit pe perioada de valabilitate a Asigurării ca urmare a unui Accident după cum este definit și în limitele stabilite de aceste Condiții Speciale ale Asigurării.

3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE

- 3.1. Această Asigurare suplimentară acoperă riscul de Deces ca urmare a unui Accident.
- 3.2. În cazul Decesului ca urmare a unui Accident, după cum este definit de aceste Condiții speciale, survenit în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratorul va plăti Suma asigurată prin această Asigurare suplimentară specificată în Poliță în plus față de indemnizația pentru Deces conform Condițiilor generale ale Asigurării.
- 3.3. Nicio indemnizație nu va fi plătită în cazul în care Decesul Asiguratului survin la mai mult de 1 an de la data producerii Accidentului și/ sau în cazul în care, în interiorul acestui interval de timp, nu se poate stabili o legătură de cauzalitate între acestea.

4. PERIOADA DE VALABILITATE ȘI INTRAREA ÎN VIGOARE A ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 4.1. Această Asigurare suplimentară se încheie pe o durată de un an. Perioada de asigurare poate fi reînnoită cu ocazia fiecărei date de expirare a contractului de asigurare, dacă părțile și-au exprimat acordul scris în acest sens cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de expirare.
- 4.2. Acoperirea aferentă acestei Asigurări suplimentare va începe la ora 00:00 a zilei specificate în Poliță ca dată de începere a Asigurării, sau la data repunerii în vigoare a acesteia, în condițiile achitării primei sau a primei rate a acesteia sau a achitării primelor restante.
- 4.3. În situația în care această Clauză suplimentară nu a fost denunțată, acoperirea aferentă acestei Asigurări suplimentare va lua sfârșit în oricare din următoarele cazuri, indiferent care are loc primul:
 - La ora 24:00 a zilei specificată în Polița de asigurare de Grup ca dată a expirării Asigurării;
 - La data Decesului Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a acoperirii prin asigurare;
 - După expirarea perioadei de grație pentru plata primei de asigurare;
 - La împlinirea de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;
 - În cazul încetării Contractului de Asigurare de Grup din orice alt motiv;
 - În cazul în care Asiguratul devine neeligibil prin încetarea raporturilor contractuale cu Contractantul asigurării.

5. NEPLATA PRIMEI DE ASIGURARE

- 5.1. În vederea efectuării plății primei de asigurare sau a ratei de primă, Asiguratorul oferă o perioadă de grație de 30 de zile de la data scadenței specificată în Poliță.
- 5.2. În cazul în care, după expirarea celor 30 de zile, plata nu este efectuată, asigurarea pentru Deces ca urmare a unui Accident încetează iar Asiguratorul nu va datora niciun fel de indemnizații.

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Prezența Asigurare suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de Grup.
- 1.2. Prevederile prezentelor Condiții speciale se completează cu prevederile Condițiilor generale pentru Asigurarea de viață de Grup căreia îi sunt atașate, în măsura în care nu contravin prezentelor.

2. DEFINIȚII

În textul acestei Asigurări suplimentare sau în documentația aferentă acestea se vor folosi următorii termeni:

- 2.1. **Intervenție chirurgicală:** Procedură medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate exclusiv în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - este recomandată și considerată o necesitate medicală de către un Medic;
 - este efectuată în scopul pentru care Asiguratul a fost diagnosticat;
 - este practică în timpul Spitalizării în vederea efectuării intervenției chirurgicale, ca Pacient internat în Spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
 - presupune efectuarea unei anestezii locale, regionale sau generale și a unei incizii și/ sau a unei proceduri medicale mai puțin invazive.
- 2.2. **Medic:** Persoană care prestează servicii medicale conform dreptului său de liberă practică eliberat de către autoritatea competentă și conform legilor în vigoare; sunt excluși explicit din această categorie membri ai familiei Asiguratului (rude sau afini până la gradul IV);
- 2.3. **Pacient internat:** Persoană internată într-un Spital, conform definiției de mai jos, cu acte de internare, timp de minim o zi, la recomandarea unui Medic;
- 2.4. **Risc asigurat:** Intervenția chirurgicală ca urmare a unui Accident suferită de Asigurat survenită pe perioada de valabilitate a Asigurării, după cum este definită și în limitele stabilite de aceste Condiții Speciale;
- 2.5. **Spital:** În accepțiunea prezentelor condiții, este instituția medicală din cadrul sistemului medical public sau privat care funcționează în temeiul legii și în condiții de deplină autorizare și/sau acreditare și îndeplinește cumulativ următoarele cerințe:
 - acordă permanent asistență medicală de specialitate prin personal calificat: medici de specialitate și asistenți medicali cu drept de exercitare a profesiei;
 - dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament;
 - ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea evoluției lor zilnice, a tratamentului efectuat și a procedurilor terapeutice care se execută pentru fiecare pacient.

Nu se consideră a fi Spital în accepțiunea prezentelor Condiții contractuale: Instituțiile de "nursing" sau de îngrijiri medicale la domiciliu și structurile pentru "spitalizare de zi", instituțiile destinate îngrijirii alcoolizilor sau persoanelor dependente de droguri, sanatoriile (TBC/ preventoriul/ balneo-climaterice/ fizioterapeutice/ de recuperare neuro-psihomeorie), instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, instituțiile de reabilitare, azilele pentru bătrâni, clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare, casele de odihnă sau convalescență.

3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE

- 3.1. În cazul în care, pe perioada valabilității asigurării, Asiguratul suferă o Intervenție chirurgicală ca urmare a unui Accident și dacă Asiguratul rămâne în viață după 48 de ore de la finalizarea intervenției, Asiguratorul va plăti o Indemnizație de Asigurare reprezentând un procent din Suma Asigurată pentru Intervenții Chirurgicale ca urmare a unui Accident, conform Poliței.
- 3.2. Stabilirea procentului se va face conform "Tabelului de procente pentru Intervenții chirurgicale". (Anexa). Pentru orice intervenție chirurgicală nespecificată în tabelul menționat anterior, Asiguratorul, prin medicul său autorizat, va alocă o cotă procentuală corespunzătoare unei intervenții cu grad de dificultate și de gravitate comparabile, prin echivalare cu unul din cazurile precizate în tabelul respectiv, cu excepția situației în care acea intervenție este exclusă în mod explicit din Contractul de asigurare.
- 3.3. Dacă se efectuează mai multe Intervenții chirurgicale în aceeași ședință operatorie (aceeași incizie și anestezie), Asiguratorul va plăti procentul din Suma asigurată corespunzător Intervenției chirurgicale efectuate care are cel mai ridicat procentaj în "Lista Intervențiilor chirurgicale".
- 3.4. În situația în care există două sau mai multe intervenții chirurgicale care se datorează aceluiași accident, acestea intră sub acoperirea prezentei asigurări suplimentare numai dacă intervin în cel mult 1 (un) an de la data accidentului.
- 3.5. Suma Asigurată stabilită pentru Intervenții chirurgicale în urma unui Eveniment este aceeași pe toată durata Asigurării și nu se modifică în urma plății Indemnizației de Asigurare. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment și pe an de asigurare.

4. PERIOADA DE VALABILITATE ȘI INTRAREA ÎN VIGOAREA A ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

4.1. Această Asigurare suplimentară se încheie pe o durată de un an. Perioada de asigurare poate fi reînnoită cu ocazia fiecărei date de expirare a contractului de asigurare, dacă părțile și-au exprimat acordul scris în acest sens cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de expirare.

4.2. Acoperirea aferentă acestei asigurări suplimentare va începe la ora 00:00 a zilei specificate în Poliță ca data de începere a Asigurării, sau la data repunerii în vigoare a acesteia, în condițiile achitării primei sau a primei rate a acesteia, sau a achitării primelor restante.

4.3. În situația în care această Asigurare nu a fost denunțată, acoperirea aferentă acestei Asigurări suplimentare va lua sfârșit în oricare din următoarele cazuri, indiferent care eveniment are loc primul:

- La ora 24:00 a zilei specificată în Poliță ca data a expirării Asigurării;
- La data Decesului Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- După expirarea perioadei de grație pentru plata primei de asigurare;
- La împlinirea de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;
- În cazul încetării Contractului de Asigurare de viață de Grup din oricare alt motiv;
- În cazul în care Asiguratul devine neeligibil prin încetarea raporturilor contractuale cu Contractantul asigurării.

5. NEPLATA PRIMEI DE ASIGURARE

5.1. În vederea efectuării plății primei de asigurare sau a ratei de primă, Asigurătorul oferă o perioadă de grație de 30 de zile de la data scadenței specificată în Poliță.

5.2. În cazul în care, după expirarea celor 30 de zile, plata nu este efectuată, asigurarea pentru Intervenție chirurgicală ca urmare a unui Accident încetează iar Asigurătorul nu va datora niciun fel de indemnizații.

6. EXCLUDERI

6.1. Adicional limitărilor și excepțiilor de la plata Sumei asigurate expuse în Condițiile Generale ale asigurării, aceasta Asigurare suplimentară nu va acoperi evenimentele cauzate direct sau indirect de următoarele:

- a) Intervenții în secțiile de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care intervenția este recomandată expres de către un medic de specialitate pentru diminuarea sau corectarea consecințelor unui Accident;
- b) Intervenții stomatologice, altele decât Intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale, necesare ca urmare a unui Accident dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
- c) Infecții, altele decât infecțiile apărute prin intermediul și în momentul Accidentului;
- d) Evenimente care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale după un Accident sau a avortului impus ca urmare a unor malformații ale fătului incompatibile cu viața acestuia, diagnosticate și recomandate de către medicul de specialitate) în primele 9 luni de la începerea acoperirii individuale;
- e) Efectuarea de investigații și tratamente pentru sterilitate/ fertilizare în vitro/ inseminare artificială;

7. BENEFICIARUL DREPTURILOR LA INDEMNIZAȚIE

7.1. Asiguratul va fi singurul beneficiar îndreptățit la plata despăgubirilor conform acestei Asigurări suplimentare.

7.2. Dreptul la Indemnizație pentru Intervenție chirurgicală ca urmare a unui Accident are caracter personal și, prin urmare, nu se transmite moștenitorilor sau beneficiarilor.

7.3. Asigurătorul va plăti Asiguratului Indemnizația de asigurare integral.

8. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT

8.1. În cazul producerii evenimentului asigurat, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare conform Art. 3.1. din aceste Condiții speciale.

8.2. În cazul Intervenției chirurgicale suferite de Asigurat ca urmare a unui Accident sau a unei îmbolnăviri apărute pe durata de valabilitate a asigurării, Contractantul asigurării, Asiguratul sau reprezentanții legali ai acestuia va înainta Cererea de despăgubire în interval de 72 de ore de la producerea evenimentului, care va fi însoțită de următoarele documente:

- Polița de asigurare sau Certificatul de asigurare (copie certificată cu originalul);
- Dovada achitării primei/ ratelor de primă de asigurare de către Contractantul asigurării;
- Act de identitate al Asiguratului (copie certificată cu originalul);
- Documente medicale (din care să rezulte diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate);
- Bilet de ieșire din spital;
- Procesul verbal de constatare a accidentului suferit sau alte documente eliberate de poliție, pompieri, etc. (copie) - dacă este cazul.

8.3. Plata indemnizației de asigurare se face independent de alte despăgubiri și numai după prezentarea documentelor menționate anterior.

LISTA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE

CRANIU

Îndepărtarea de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30%
Pierdere de substanță osoasă în toată grosimea cutiei craniene:	
- pe o suprafață de până la 2 cm ²	10%
- pe o suprafață între 2 și 10 cm ²	20%
- pe o suprafață mai mare de 10 cm ²	40%
Intervenție chirurgicală pentru fractură craniană	75%
Intervenție chirurgicală pentru corpi străini intracranieni	50%

URECHE

Intervenție chirurgicală:	
- în caz de pierdere parțială a pavilionului urechii:	
- la o ureche	3%
- la ambele urechi	6%
- în caz de pierdere totală a pavilionului urechii:	
- la o ureche	6%
- la ambele urechi	12%
Intervenție chirurgicală asupra timpanului	6%
Timpanoplastie	75%
Mastoidectomie (unilateral)	50%
Mastoidectomie (bilateral)	60%

Intervenții chirurgicale pentru traumatisme ale urechii interne 75%

OCHI

Deformarea post-traumatică a marginilor palpebrale (pleoapele)	15%
Fistule post-traumatice:	
- la un ochi	10%
- la ambii ochi	25%
Dezlipire de retină	75%
Cataractă traumatică operată	65%
Ulcer corneean; opacitate corneeană post-traumatică	60%
Luxația traumatică a cristalinului	60%
Enuclearea globului ocular	75%

NAS; SINUS MAXILAR

Deviația de sept nazal post-traumatică	25%
Intervenție chirurgicală pentru traumatism al sinusului maxilar:	
- unilateral	30%
- bilateral	50%
Stenoză post-traumatică:	
- unilaterală	15%
- bilaterală	25%

GURĂ; MAXILAR

Operație a buzelor, consecință a unui traumatism	20%
Fracturi ale maxilarului superior (post-traumatic)	40%
Fracturi ale maxilarului inferior (post-traumatic)	30%
Pierdere arcadei dentare superioare sau inferioare	50%
Intervenție chirurgicală pe maxilar pentru pierdere post-traumatică a dinților:	
- 1 - 2 dinți	5%
- 3 - 5 dinți	10%
- mai mult de 5 dinți	20%

Disecția frâului limbii	10%
Intervenție pentru leziuni traumatice în 1/3 anterioară a limbii	15%
Intervenție pentru amputația traumatică totală a limbii	50%
FARINGE; ESOFAG	
Intervenții chirurgicale pentru leziuni traumatice ce duc la îngustarea cu jenă marcată în deglutiție (sau pentru ingerări neprevăzute de substanțe corozive)	75%
LARINGE	
Laringectomie și traheotomie (post-traumatice):	
- traheotomie	50%
- laringectomie	75%
Intervenții în cazuri de îngreunare a vorbirii prin traumatisme (sau agresiuni ale ingerării de substanțe corozive) asupra corzilor vocale	75%
TORACE	
Traumatisme toracice cu fracturi deschise:	
- interesând tegumentul	25%
- interesând pleura	50%
- interesând pleura și plămânul	75%
Fracturi de stern cu deplasarea fragmentelor	25%
Rupturi diafragmatice	50%
Toracotomie-toracoplastie completă	75%
Lobectomie	75%
Pneumectomie	100%
Bronhoscopie operativă (nu pentru biopsie)	20%
Toracectomie pentru tratamentul organelor interne afectate	75%
ABDOMEN	
Insuficiență musculo-aponevrotică; eventrație post-traumatică	25%
Hernii abdominale post-traumatice	50%
Rezecții de stomac, rupturi ale ficatului (hepatectomie parțială), ale vezicii biliare	
Splenectomie post-traumatică	75%
Ruptură de pancreas	75%
Perforație de duoden	50%
Ruptură de intestin subțire:	
- fără rezecție	40%
- cu rezecție	60%
Anus contra naturii sau fistule intestinale după leziuni traumatice ale intestinului	85%
Ruptură de intestin gros:	
- fără rezecție	30%
- cu rezecție	60%
Laparatomie în scop de diagnostic sau tratament, impusă de un accident	50%
APARAT URO-GENITAL	
Nefrectomie post-traumatică	80%
Ruptură de ureter post-traumatică	50%
Ruptură post-traumatică a vezicii urinare	50%
Ruptură de uretră; hematom uretral	45%
Amputare traumatică totală sau parțială a penisului	75%
Extirpare post-traumatică a unui ovar sau a unui testicul:	
- a ambelor	80%
Intervenție chirurgicală pentru hematocel sau hidrocel (post-traumatic)	30%
Intervenție chirurgicală pentru prolaps uterin post-traumatic	35%
ARTICULAȚII; LUXAȚII; FRACTURI; OPERAȚII ORTOPEDICE	
Incizie articulară, fără extracția lichidului	15%
Incizie la umăr, cot, șold sau genunchi	50%

Fixarea prin operație, dezarticularea sau artroplastia la:	
- coloana vertebrală	75%
- șold	75%
- umăr	75%
- genunchi	30%
- cot	30%
- încheietura mâinii	30%
- gleznă	30%
Luxația la:	
- degetele de la mână sau picior (pentru fiecare)	5%
- umăr, cot, încheietura mâinii sau gleznă	15%
- mandibulă	5%
- șold	20%
- rotulă	10%
<i>* Pentru luxațiile ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, procentajul se dublează.</i>	
Fracturi:	
- claviculă, omoplat sau antebrăț - un singur os	15%
- antebrăț - ambele oase	30%
- humerus	25%
- articulația pumnului	10%
- carpiene, metacarpiene, falange	10%
- femur	40%
- tibie și peroneu	30%
- tarsiene, metatarsiene, calcaneu	10%
- bazin	30%
- vertebre, fractură prin compresie	40%
<i>* Dacă fractura este deschisă sau cominutivă, procentele de mai sus se dublează.</i>	
Patelectomie	50%
Operație de menisc	50%
TENDOANE	
Tendonectomie	20%
Rafie tendon (sătură)	30%
Transplant de tendon	45%
VENE	
Intervenție chirurgicală pentru varice sângerânde post-traumatic	
- la un picior	20%
- la ambele picioare	30%
Tromboflebită post-traumatică ce a necesitat intervenție chirurgicală	50%
PIERDERI SAU INCAPACITĂȚI FUNCȚIONALE	
- ale unui braț din articulația scapulo-humerală	65%
- ale unui braț până deasupra articulației humero-cubitale (cotului)	60%
- ale unui braț sub articulația humero-cubitală (cotului)	50%
- ale unei mâini la încheietura mâinii	30%
- ale unui police (deget mare):	
- pierdere parțială	10%
- pierdere totală	20%
- ale unui alt deget	5%
- ale unui picior deasupra mijlocului femurului	65%

- ale unui picior până la mijlocul femurului	60%
- ale unui picior până sub genunchi	50%
- ale unui picior până la mijlocul gambei	45%
- ale unui picior deasupra gleznei	40%
- ale unui picior sub gleznă	35%
- ale degetului mare de la picior (haluce)	5%
- ale unui alt deget de la picior	2%

Pentru intervențiile chirurgicale ce nu se regăsesc în acest tabel, se acordă procentul prin asimilare, în funcție de localizarea și gravitatea intervenției.

1. Prezenta Clauză suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale de asigurare și Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane. Prevederile prezentei Clauze suplimentare au caracter derogatoriu de la orice prevedere contrară din Condițiile generale de asigurare și din Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane.
2. În baza prezentei Clauze suplimentare, Asigurătorul acceptă să extindă acoperirea din asigurare pentru cazuri de intervenții chirurgicale, ca urmare a unui accident.
3. În cazul în care Asiguratul, ca urmare a unui accident produs în perioada de asigurare, suferă o intervenție chirurgicală și Asiguratul este în viață după 48 de ore de la finalizarea intervenției, Asigurătorul va plăti indemnizația pentru intervenții chirurgicale, indiferent de mărimea cheltuielilor pentru intervenția chirurgicală și independent de alte despăgubiri.
4. Suma asigurată stabilită pentru intervenții chirurgicale în urma unui accident este aceeași pe toată durata asigurării și nu se modifică în urma plății indemnizației de asigurare.
5. Indemnizația pentru intervenții chirurgicale reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru intervenția chirurgicală suferită de Asigurat ca urmare a unui accident și care se calculează prin înmulțirea sumei asigurate cu cota procentuală corespunzătoare respectivei intervenții, conform „Tabelului cu procente pentru intervenții chirurgicale”.
6. Indemnizația pe care o plătește Asigurătorul pentru o intervenție chirurgicală corespunde procentului aferent intervenției chirurgicale efectuate prevăzut în “Tabelul cu procente pentru intervenții chirurgicale”. Pentru orice intervenție chirurgicală nespecificată în tabelul menționat anterior, Asigurătorul, prin medicul său autorizat, va alocă o cotă procentuală corespunzătoare unei intervenții cu grad de dificultate similar, prin echivalare cu unul din cazurile precizate în tabelul respectiv, cu excepția situației în care acea intervenție este exclusă în mod explicit din Contractul de asigurare.
7. În cazul în care, în cadrul aceleiași intervenții chirurgicale se efectuează mai multe operații, Asigurătorul va plăti indemnizațiile corespunzătoare fiecărei operații efectuate, cumularea acestora neputând însă depăși suma asigurată pentru intervenții chirurgicale.
8. În situația în care există două sau mai multe intervenții chirurgicale care se datorează aceluiași accident, acestea intră sub acoperirea prezentei asigurări suplimentare numai dacă intervin în cel mult 1 (un) an de la data accidentului.
9. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment asigurat și pe an de asigurare, indiferent de numărul și de costul acestora.
10. Sunt excluse din această acoperire intervențiile chirurgicale efectuate pentru:
 - a) explorare și diagnosticare;
 - b) chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția celor recomandate expres de către un medic specialist pentru remediarea consecințelor unui accident;
 - c) afecțiuni stomatologice - Asigurătorul va plăti însă indemnizații pentru intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale necesare ca urmare a unui accident, dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
 - d) tratarea unei infirmități sau handicap anterior datei de intrare în vigoare a Contractului de asigurare;
 - e) avortul la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic, recomandat de medicul specialist.
11. Pentru riscul de intervenții chirurgicale se stabilește o valoare a sumei asigurate care se precizează în specificația poliței.
12. Pentru soluționarea cererii de indemnizare sunt necesare documentele precizate în Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane, la care se adaugă:
 - a) copie după biletul de ieșire din Spital, din care să rezulte că spitalizarea a avut loc ca urmare a unui Accident, precum și diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate;
 - b) copie după Foaia de Observație Clinică Generală (FOCG) a Asiguratului sau alte adeverințe medicale;
 - c) declarația Asiguratului/Contractantului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc Accidentul.
 - d) rezultatele testelor medicale efectuate (ex. radiografii, certificatul de analiză radiologică etc.).
13. Plata indemnizației de asigurare se face independent de alte despăgubiri și numai după prezentarea documentelor menționate anterior.

14. TABEL CU PROCENTE PENTRU INTERVENȚII CHIRURGICALE:
CRANIU

Îndepărtarea de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30%
Pierdere de substanță osoasă în toată grosimea cutiei craniene:	
- pe o suprafață de până la 2 cm ²	10%
- pe o suprafață între 2 și 10 cm ²	20%
- pe o suprafață mai mare de 10 cm ²	40%
Intervenție chirurgicală pentru fractură craniană	75%
Intervenție chirurgicală pentru corpi străini intracranieni	50%
URECHE	
Intervenție chirurgicală:	
în caz de pierdere parțială a pavilionului urechii:	
- la o ureche	3%
- la ambele urechi	6%
în caz de pierdere totală a pavilionului urechii:	
- la o ureche	6%
- la ambele urechi	12%
Intervenție chirurgicală asupra timpanului	6%
Timpanoplastie	75%
Mastoidectomie (unilateral)	50%
Mastoidectomie (bilateral)	60%
Intervenții chirurgicale pentru traumatisme ale urechii interne	75%
OCHI	
Deformarea post-traumatică a marginilor palpebrale (pleoapele)	15%
Fistule post-traumatice:	
- la un ochi	10%
- la ambii ochi	25%
Dezlipire de retină	75%
Cataractă traumatică operată	65%
Ulcer corneean; opacitate corneeană post-traumatică	60%
Luxația traumatică a cristalinului	60%
Enuclearea globului ocular	75%
NAS; SINUS MAXILAR	
Deviația de sept nazal post-traumatică	25%
Intervenție chirurgicală pentru traumatism al sinusului maxilar:	
- unilateral	30%
- bilateral	50%
Stenoză post-traumatică:	
- unilateral	15%
- bilateral	25%
GURĂ; MAXILAR	
Operație a buzelor, consecință a unui traumatism	20%
Fracturi ale maxilarului superior (post-traumatic)	40%
Fracturi ale maxilarului inferior (post-traumatic)	30%
Pierdere arcadei dentare superioare sau inferioare	50%
Intervenție chirurgicală pe maxilar pentru pierdere post-traumatică a dinților:	
- 1 - 2 dinți	5%
- 3 - 5 dinți	10%
- mai mult de 5 dinți	20%
Disecția frâului limbii	10%
Intervenție pentru leziuni traumatice în 1/3 anterioară a limbii	15%
Intervenție pentru amputația traumatică totală a limbii	50%

FARINGE; ESOFAG

Intervenții chirurgicale pentru leziuni traumatice ce duc la îngustarea cu jenă marcată în deglutiție (sau pentru ingerări neprevăzute de substanțe corozive) 75%

LARINGE

Laringectomie și traheotomie (post-traumatice):

- traheotomie 50%
- laringectomie 75%

Intervenții în cazuri de îngreunare a vorbirii prin traumatisme (sau agresiuni ale ingerării de substanțe corozive) asupra corzilor vocale 75%

TORACE

Traumatisme toracice cu fracturi deschise:

- interesând tegumentul 25%
- interesând pleura 50%
- interesând pleura și plămânul 75%

Fracturi de stern cu deplasarea fragmentelor 25%

Rupturi diafragmatice 50%

Toracotomie-toracoplastie completă 75%

Lobectomie 75%

Pneumectomie 100%

Bronhoscopie operativă (nu pentru biopsie) 20%

Toracectomie pentru tratamentul organelor interne afectate 75%

ABDOMEN

Insuficiență musculo-aponevrotică; eventrație post-traumatică 25%

Hernii abdominale post-traumatice 50%

Rezecții de stomac, rupturi ale ficatului (hepatectomie parțială), ale vezicii biliare (colecistectomie), ale căilor biliare 75%

Splenectomie post-traumatică 75%

Ruptură de pancreas 75%

Perforație de duoden 50%

Ruptură de intestin subțire:

- fără rezecție 40%
- cu rezecție 60%

Anus contra naturii sau fistule intestinale după leziuni traumatice ale intestinului 85%

Ruptură de intestin gros:

- fără rezecție 30%
- cu rezecție 60%

Laparatomie în scop de diagnostic sau tratament, impusă de un accident 50%

APARAT URO-GENITAL

Nefrectomie post-traumatică 80%

Ruptură de ureter post-traumatică 50%

Ruptură post-traumatică a vezicii urinare 50%

Ruptură de uretră; hematom uretral 45%

Amputare traumatică totală sau parțială a penisului 75%

Extirpare post-traumatică a unui ovar sau a unui testicul: 50%

- a ambelor 80%

Intervenție chirurgicală pentru hematocel sau hidrocel (post-traumatic) 30%

Intervenție chirurgicală pentru prolaps uterin post-traumatic 35%

ARTICULAȚII; LUXAȚII; FRACTURI; OPERAȚII ORTOPEDICE

Incizie articulară, fără extracția lichidului 15%

Incizie la umăr, cot, șold sau genunchi 50%

Fixarea prin operație, dezarticularea sau artroplastia la:

- coloana vertebrală 75%
- șold 75%
- umăr 75%
- genunchi 30%

- cot	30%
- încheietura mâinii	30%
- gleznă	30%

Luxația la:

- degetele de la mână sau picior (pentru fiecare)	5%
- umăr, cot, încheietura mâinii sau gleznă	15%
- mandibulă	5%
- șold	20%
- rotulă	10%

* Pentru luxațiile ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, procentajul se dublează.

Fracturi:

- claviculă, omoplat sau antebraț - un singur os	15%
- antebraț - ambele oase	30%
- humerus	25%
- articulația pumnului	10%
- carpiene, metacarpene, falange	10%
- femur	40%
- tibie și peroneu	30%
- tarsiene, metatarsiene, calcaneu	10%
- bazin	30%
- vertebre, fractură prin compresie	40%

* Dacă fractura este deschisă sau cominutivă, procentele de mai sus se dublează.

Patelectomie	50%
--------------	-----

Operație de menisc	50%
--------------------	-----

TENDOANE

Tendonectomie	20%
---------------	-----

Rafie tendon (sudură)	30%
-----------------------	-----

Transplant de tendon	45%
----------------------	-----

VENE

Intervenție chirurgicală pentru varice sângerânde post-traumatic

- la un picior	20%
----------------	-----

- la ambele picioare	30%
----------------------	-----

Tromboflebită post-traumatică ce a necesitat intervenție chirurgicală	50%
---	-----

PIERDERI SAU INCAPACITĂȚI FUNCȚIONALE

- ale unui braț din articulația scapulo-humerală	65%
--	-----

- ale unui braț până deasupra articulației humero-cubitale (cotului)	60%
--	-----

- ale unui braț sub articulația humero-cubitală (cotului)	50%
---	-----

- ale unei mâini la încheietura mâinii	30%
--	-----

- ale unui police (deget mare):

- pierdere parțială	10%
---------------------	-----

- pierdere totală	20%
-------------------	-----

- ale unui alt deget	5%
----------------------	----

- ale unui picior deasupra mijlocului femurului	65%
---	-----

- ale unui picior până la mijlocul femurului	60%
--	-----

- ale unui picior până sub genunchi	50%
-------------------------------------	-----

- ale unui picior până la mijlocul gambei	45%
---	-----

- ale unui picior deasupra gleznei	40%
------------------------------------	-----

- ale unui picior sub gleznă	35%
------------------------------	-----

- ale degetului mare de la picior (haluce)	5%
--	----

- ale unui alt deget de la picior	2%
-----------------------------------	----

Pentru intervențiile chirurgicale ce nu se regăsesc în acest tabel, se acordă procentul prin asimilare, în funcție de localizarea și gravitatea intervenției.

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Prezența Asigurare suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de Grup.
- 1.2. Prevederile prezentelor Condiții speciale se completează cu prevederile Condițiilor generale pentru Asigurarea de viață de Grup căreia îi sunt atașate, în măsura în care nu contravin prezentei.

2. DEFINIȚII

În textul acestei Asigurări suplimentare sau în documentația aferentă acesteia se vor folosi următorii termeni:

- 2.1. Risc asigurat: Invaliditatea permanentă totală sau parțială, ca urmare a unui Accident apărute pe perioada de valabilitate a Asigurării;
- 2.2. Invaliditate Permanentă: Pierderea anatomică a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, sau pierderea capacității funcționale a acestora în mod permanent, din cauza unui Accident petrecut în perioada de valabilitate a Asigurării. Pierderea capacității funcționale trebuie să fie continuă timp de cel puțin 12 (douăsprezece) luni consecutive sau să fie certificată medical ca permanentă conform legii;
- 2.3. Invaliditate Permanentă Parțială: Invaliditate permanentă (definită ca mai sus), care însă nu îl împiedică pe Asigurat să presteze o activitate profesională aducătoare de venit;
- 2.4. Invaliditate Permanentă Totală: Invaliditate permanentă (definită ca mai sus) care să îl împiedice definitiv pe Asigurat să desfășoare orice activitate, ce ar putea să-i asigure un venit, salariu, remunerare sau profit.

3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE

- 3.1. Această Asigurare suplimentară acoperă riscul în cazul Invalidității permanente parțiale sau totale apărute în urma unui Accident care au apărut ulterior încheierii contractului de asigurare, în perioada de valabilitate a asigurării sau într-un termen maxim de 180 (una sutăoptzeci) de zile de la data expirării Poliței de Asigurare, ca urmare a consecințelor unui Accident survenit în perioada de valabilitate a asigurării
- 3.2. Gradul de invaliditate parțială sau totală va fi determinat conform Tabelului Gradelor de Invaliditate (Anexa).
- 3.3. Pentru a stabili cuantumul despăgubirii, Invaliditatea permanentă trebuie să fi fost stabilită de către un medic acreditat, conform legislației române în vigoare (medicul expert al asigurărilor sociale) sau de către oricare medic acreditat de către Asigurător, în cazul în care acest lucru este posibil și doar în baza unor documente medicale care să ateste pierderea suferită și caracterul permanent al acesteia.
- 3.4. În funcție de procentul de invaliditate, Asigurătorul va plăti un procent din Suma asigurată, după cum este stabilită în Poliță, conform Art. 3.5. – 3.13.
- 3.5. În cazul apariției unei Invalidități permanente Indemnizația va fi stabilită ca procent din Suma Asigurată corespunzător gradului de Invaliditate, dar nu mai mult de 100% din Suma asigurată stabilită conform Poliței.
- 3.6. În cazul în care, ca urmare a aceluși Eveniment, se constata pierderea anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre, indemnizația se stabilește prin cumularea procentelor corespunzătoare pentru fiecare pierdere suferită, doar în condițiile în care fiecare procent în parte depășește 15%.
- 3.7. După fiecare producere a unui Risc asigurat și plata unei indemnizații de asigurare, Suma asigurată pentru Invaliditate permanentă rămâne aceeași ca și înainte de plata indemnizației respective. În cazul în care se produce un alt Accident în urma căruia Asiguratul suferă o altă invaliditate permanentă parțială, indemnizația se va stabili prin aplicarea procentului corespunzător din Tabelului Gradelor de Invaliditate, până la un maxim de 100% din Suma asigurată.
- 3.8. În cazul în care este lezată o funcțiune fizică sau intelectuală, care a fost diminuată permanent anterior, se va proceda la o diminuare a gradului de Invaliditate permanentă stabilit, cu gradul de Invaliditate permanentă preexistent.
- 3.9. Asigurătorul își rezervă dreptul de a cere reexaminarea Asiguratului de către un alt medic, precum și reexaminarea într-o altă localitate decât localitatea de domiciliu a Asiguratului, în cazul în care se impune luarea unor astfel de măsuri în scopul stabilirii dreptului la indemnizație.
- 3.10. Plata Indemnizațiilor în caz de Invaliditate Permanentă din accident se face după trecerea termenului de 12 luni consecutive de la data Accidentului a cărui consecință este sau, după caz, după certificarea medicală a Invalidității. În cazul în care Invaliditatea Permanentă este incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata Indemnizației se poate face și înainte de terminarea perioadei de 12 luni consecutive, dar nu mai devreme de 3 luni de la producerea evenimentului cauzator.
- 3.11. Asigurătorul își rezervă dreptul, dacă situația o impune, de a reduce gradele de invaliditate permanentă în urma unor expertize medicale efectuate de către medici specialiști, în conformitate cu actele medicale depuse la dosarul privind plata despăgubirilor din asigurare.
- 3.12. Nicio indemnizație nu va fi plătită în cazul în care Invaliditatea Asiguratului survine la mai mult de 1 an de la data producerii unui Accident sau în cazul în care, în interiorul acestui interval de timp, nu se poate stabili o legătură de cauzalitate între acestea.

3.13. Dacă Asiguratul decedează după plata unei indemnizații pentru Invaliditate permanentă parțială în termen de 1 (un) an de la data producerii Riscului asigurat și ca o consecință a acestuia, Asiguratorul va plăti diferența dintre Indemnizația de asigurare prevăzută pentru deces și cea plătită pentru Invaliditate permanentă parțială, dar nu mai mult de 100% din Suma asigurată.

4. ELIGIBILITATE

4.1. Persoanele a căror capacitate de muncă a fost afectată permanent în proporție mai mare de 50%, ca urmare a unui Accident sau a unei afecțiuni, înainte de data începerii acoperirii nu vor fi eligibili pentru această Asigurare suplimentară.

5. PERIOADA DE VALABILITATE ȘI INTRAREA ÎN VIGOAREA A ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

5.1. Această Asigurare suplimentară se încheie pe o durată de un an. Perioada de asigurare poate fi reînnoită cu ocazia fiecărei date de expirare a contractului de asigurare, dacă părțile și-au exprimat acordul scris în acest sens cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de expirare.

5.2. Acoperirea aferentă acestei Asigurări suplimentare va începe la ora 00:00 a zilei specificate în Poliță ca dată de începere a Asigurării, sau la data repunerii în vigoare a acesteia, în condițiile achitării primei sau a primei rate a acesteia sau a achitării primelor restante.

5.3. În situația în care această Clauză suplimentară nu a fost denunțată, acoperirea aferentă acestei Asigurări suplimentare va lua sfârșit în oricare din următoarele cazuri, indiferent care are loc primul:

- La ora 24:00 a zilei specificată în Polița de asigurare de Grup ca dată a expirării Asigurării; - La data Decesului Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- La data stabilirii unei Invalidități totale permanente ca urmare a unui Accident a Asiguratului, în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- După expirarea perioadei de grație pentru plata primei de asigurare;
- La împlinirea de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;
- În cazul încetării Contractului de Asigurare de Grup din orice alt motiv;
- În cazul în care Asiguratul devine neeligibil prin încetarea raporturilor contractuale cu Contractantul asigurării.

6. NEPLATA PRIMEI DE ASIGURARE

6.1. În vederea efectuării plății primei de asigurare sau a ratei de primă, Asiguratorul oferă o perioadă de grație de 30 de zile de la data scadenței specificată în Poliță.

6.2. În cazul în care, după expirarea celor 30 de zile, plata nu este efectuată, asigurarea pentru Invaliditate Permanentă ca urmare a unui Accident încetează iar Asiguratorul nu va datora niciun fel de indemnizații.

7. EXCLUDERI

7.1. Adicional limitărilor și excepțiilor de la plata Sumei asigurate expuse în Condițiile Generale ale Asigurării de viață de Grup, această Asigurare suplimentară nu va acoperi riscurile cauzate direct sau indirect de următoarele evenimente:

- a) Hernia abdominală, ombilicală sau alte hernii, în afara celor care sunt cauzate de vătămarea directă a abdomenului/peretelui abdominal sub influența unei forțe mecanice, înainte și în timpul vătămării, cu excepția herniei postoperatorii;
- b) Hernia de disc, dislocarea sau tasarea discului intervertebral, sciatică, cocgialgii, sacralgii, sacralizarea ultimei vertebre lombare L5 sau alte modificări ale coloanei vertebrale în zona lombară și sacrală, chiar dacă sunt determinate de un Accident.

8. BENEFICIARUL DREPTURILOR LA INDEMNIZAȚIE

8.1. Beneficiarul indemnizației în caz de Invaliditate permanentă din orice cauză este Asiguratul.

8.2. Dreptul la Indemnizație pentru Invaliditate Permanentă din orice cauză are caracter personal și, prin urmare, nu se transmite moștenitorilor sau beneficiarilor.

8.3. Asiguratorul va plăti Asiguratului Indemnizația de asigurare integral.

9. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT

9.1. În cazul apariției unei Invalidități permanente ca urmare a unui Accident apărute pe durata de valabilitate a asigurării, Contractantul asigurării, Asiguratul sau reprezentanții legali ai acestuia vor înainta Cererea de despăgubire în interval de 72 de ore de la producerea Accidentului, care va fi însoțită de următoarele documente:

- Polița de asigurare sau
- Certificatul de asigurare (copie certificată cu originalul);
- Dovada achitării primei/ratelor de primă de asigurare de către Contractantul asigurării;
- Act de identitate al Asiguratului (copie certificată cu originalul);
- Certificate medicale (din care să rezulte diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate);
- Bilet de ieșire din spital;
- Certificat de concediu medical (copie stampilată și semnată de Departamentul Resurse Umane „conform cu originalul”);

- Act medical care atestă gradul de invaliditate suferit;
- Procesul verbal de constatare a accidentului suferit sau alte documente eliberate de poliție, pompieri, etc. (copie) - dacă este cazul;

Anexa

TABELUL GRADELOR DE INVALIDITATE

Pierdere totală a vederii la ambii ochi	100%
Demență totală incurabilă	100%
Pierdere ambelor brațe sau ambelor mâini	100%
Surditate completă a ambelor urechi din cauza traumatică	100%
Îndepărtarea maxilarului inferior	100%
Pierdere vorbirii	100%
Pierdere unui braț și a unui membru inferior	100%
Pierdere unui brat și a unui picior, de la gleznă în jos	100%
Pierdere unei maini și a unui picior, de la gleznă în jos	100%
Pierdere unei mâini și a unui membru inferior	100%
Pierdere ambelor membre inferioare	100%
Pierdere ambelor picioare, de la gleznă în jos	100%
Pierdere substanței osoase a craniului pe toată grosimea ei	
suprafață de cel puțin 6 cmp	40%
suprafață de la 3 cmp la 6 cmp	20%
suprafață de mai puțin de 3 cmp	10%
Pierdere parțială a maxilarului inferior, secționarea ascendentă ,în totalitate, sau pe jumătate a osului maxilar	40%
Pierdere unui ochi	40%
Surditate completă a unei urechi	30%
Pierdere unui braț sau a unei mâini	60%
Pierdere importantă de substanță osoasă a brațului (leziune clară și incurabilă)	50%
Paralizia totală a membrului superior (lezarea incurabilă a nervilor)	65%
Paralizia totală a nervului circumflex	20%
Anchiloza umărului	40%
Anchiloza cotului	
în poziție favorabilă (15 grade față de unghiul drept)	25%
în poziție nefavorabilă	40%
Pierdere intensă a substanței osoase a ambelor oase ale antebrăzului (leziune clară și incurabilă)	40%
Paralizia totală a nervului median.	45%
Paralizia totală a nervului radial la nivelul antebrăzului	30%
Paralizia totală a nervului radial la nivelul mâinii	20%
Paralizia totală a nervului cubital	30%
Anchiloza articulației pumnului în poziție favorabilă (drept și în pronție)	20%
Anchiloza articulației pumnului în poziție nefavorabilă (flexie sau extensie forțată sau în supinație)	30%
Pierdere totală a policelui	20%
Pierdere parțială a policelui (falangă distală)	10%
Anchiloza totală a policelui	20%
Amputația totală a indexului	15%
Amputația a două falange ale indexului	10%
Amputația falangei distale a indexului	5%
Amputația simultană a policelui și indexului	35%
Amputația policelui și a altui deget decât indexul	25%
Amputația a două degete altele decât policele și indexul	12%
Amputația a trei degete altele decât policele și indexul	20%
Amputația a patru degete inclusiv policele	45%
Amputația a patru degete exclusiv policele	40%
Amputația degetului medius	10%
Amputația unui deget altul decât policele, indexul și mediusul	7%
Amputația coapsei (jumătatea superioară)	60%
Amputația coapsei (jumătatea inferioară) și a gambei	50%

Pierdere totală a labei piciorului (dezarticulație tibio-tarsiană)	45%
Pierdere parțială a labei piciorului (dezarticulație a oaselor de sub gleznă)	40%
Pierdere parțială a labei piciorului (dezarticulație medio-tarsiană)	35%
Pierdere parțială a labei piciorului (dezarticulație tarso-metatarsiană)	30%
Paralizia totală a membrului inferior (leziune incurabilă a nervului)	60%
Paralizia completă a nervului sciatic popliteu extern	30%
Paralizia completă a nervului sciatic popliteu intern	20%
Paralizia completă a celor doi nervi (sciatic popliteu extern și intern)	40%
Anchiloza șoldului	40%
Anchiloza genunchiului	20%
Pierdere substanței osoase de la coapsă sau a ambelor oase ale gambei (leziune incurabilă)	60%
Pierdere substanței osoase a rotulei cu separarea importantă a fragmentelor și dificultate importantă a mișcării de extensie a gambei	40%
Pierdere substanței osoase a rotulei dar cu păstrarea mișcărilor	20%
Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm.	30%
Amputația totală a tuturor degetelor de la picior	25%
Amputația a patru degete de la picior inclusiv halucele	20%
Amputația a patru degete de la picior	10%
Anchiloza halucelui	10%
Amputația a două degete de la picior	5%
Amputația unui deget de la picior altul decât halucele	3%

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Prezența Asigurare suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de Grup.
- 1.2. Prevederile prezentelor Condiții speciale se completează cu prevederile Condițiilor generale pentru Asigurarea de viață de Grup căreia îi sunt atașate, în măsura în care nu contravin prezentei.

2. DEFINIȚII

În textul acestei Asigurări suplimentare sau în documentația aferentă acesteia se vor folosi următorii termeni:

- 2.1. **Medic:** Persoană care deține o diplomă medicală și este autorizată să practice această profesie, acționând în limitele specialității licenței sale.
- 2.2. **Perioada de așteptare:** Perioada de 3 luni de zile de la data atasării Clauzei suplimentare (după cum se specifică în Polita) sau de la data oricărei creșteri a Sumei Asigurate, sau de la data oricărei repunerii în vigoare a Asigurării pentru deces din orice cauză, în care nu se va plăti nicio Indemnizație.
- 2.3. **Risc asigurat:** Îmbolnavirea Asiguratului, certificată medical, de una sau mai multe afecțiuni descrise în această Clauza suplimentară, după cum urmează:
 - 2.3.1. **Cancer:** Prezența unei sau a mai multor tumori maligne inclusiv leucemie (altele decât leucemie limfatică cronică), limfoame, boala Hodgkin, caracterizate prin creșterea și diseminarea celulelor maligne, având ca efect invazia și distrugerea tesuturilor normale.

Condiții:

- diagnosticul trebuie să fie precizat de un medic specialist oncolog practician;
- la cererea de acordare a indemnizației trebuie atașat buletinul histopatologic (anatomopatologic).

- 2.3.2. **Accident vascular cerebral:** Orice accident cerebrovascular cauzat de perturbarea circulației sanguine cerebrale datorată infarctului tesutului cerebral, hemoragiei sau embolismului din surse extracraniene. Acest eveniment trebuie să producă afectarea neurologică permanentă exprimată prin paralizii ale membrilor.

Condiție:

- afectarea neurologică permanentă trebuie confirmată de medicul specialist neurolog practician după cel puțin 3 luni de la accidentul cerebrovascular.

- 2.3.3. **Infarct miocardic:** Pierderea ireversibilă a funcției unei porțiuni a mușchiului cardiac (miocard) ca rezultat al unui flux sanguin insuficient în teritoriul respectiv.

Condiții:

- diagnosticul trebuie susținut prin minim trei (3) din următoarele criterii:
- simptomatologie clinică;
- modificări EKG specifice recente
- creștere cu valoare diagnostică a enzimei cardiace: CK-MB;
- creștere cu valoare diagnostică a troponinei;
- fracție de ejeție a ventriculului stâng mai mică de 45 % determinată la peste 3 luni de la episodul acut.

Condiție suplimentară: Indemnizația poate fi plătită chiar dacă unele dintre criteriile definite mai sus nu sunt îndeplinite ca urmare a tratamentului precoce (tromboliza sau dilatare cu balon), cu condiția ca medicul curant specialist cardiolog să confirme faptul că a avut loc un infarct de miocard;

- 2.3.4. **Insuficiența renală:** Insuficiența renală cronică în stadiul final, demonstrată prin alterarea cronică ireversibilă a funcției ambilor rinichi și care impune dializă permanentă (hemodializă sau dializă peritoneală) sau transplant renal, necesitate confirmată de către un medic specialist nefrolog practician.

Condiție:

- cererea de acordare a indemnizației este validă doar după începerea dializei sau după efectuarea transplantului renal.

- 2.3.5. **Scleroza multiplă:** Scleroza multiplă este o afecțiune inflamatorie a sistemului nervos central caracterizată prin zone de demielinizare a tesutului nervos central.

Condiții:

- diagnosticul trebuie precizat de către un medic specialist neurolog practician;
- diagnosticul trebuie susținut de RMN sau CT;
- raportul medicului neurolog trebuie să ateste deficiențe neurologice ireversibile; caracterul ireversibil se afirmă la peste 6 luni de la data precizării diagnosticului;
- afecțiunile sistemului nervos central de alte cauze (vasculare, bacteriene, virale) trebuie infirmate ferm;
- deficiențele neurologice ireversibile trebuie să fie de natură să producă cel puțin unul dintre următoarele efecte:
 - paralizii ale membrilor;

- afectarea mersului confirmata de examenul neurologic;
- imobilizarea Asiguratului intr-un scaun cu rotile.

2.3.6. **Cecitate:** Pierderea vederii la ambii ochi, totala, ireversibila, atestata clinic, aparuta ca urmare a unei boli sau a unui accident.

Conditie:

- pierderea vederii trebuie atestata de cate un medic specialist oftalmolog practician.

2.4. Suma asigurata: Limita maxima de raspundere a Asiguratorului care se va achita Asiguratului la producerea Riscului asigurat.

3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE

3.1. In sensul prezentei Clauze suplimentare Asiguratul va avea dreptul la Suma asigurata conform Politei/ Certificatului de asigurare in conditiile diagnosticarii uneia sau mai multor afectiuni descrise in continuare, intervenite exclusiv in conditiile mentionate pentru fiecare afectiune in parte, numai in cazul supravietuirii Asiguratului timp de 30 zile de la data diagnosticarii.

3.2. Daca Asiguratul este diagnosticat pentru prima data cu o Afectiune grava care s-a produs pe durata Clauzei suplimentare, Societatea va plati cu titlu de Indemnizatie de asigurare, Suma asigurata aferenta acestei clauze, prevazuta in Polita/ Certificatul de asigurare, la data producerii Riscului asigurat.

3.3. Indemnizatia de Asigurare este platibila doar pentru riscurile produse dupa Perioada de asteptare de 3 luni de la data atasarii Clauzei suplimentare sau de la data oricarei repuneri in vigoare a Asigurarii, cu exceptia cazurilor in care Riscul Asigurat este cauzat de un Accident.

3.4. In cazul in care, dupa plata indemnizatiei pentru Clauza suplimentara Afectiuni grave, in interval de un an de la producerea riscului, survine decesul sau Invaliditatea totala permanenta a Asiguratului ca urmare a aceleiasi cauze sau a unor cauze inrudite cu cele ce au dus la aparitia uneia sau mai multor Afectiuni grave, Asiguratorul va deduce din Indemnizatia de asigurare platibila in cazul decesului sau a Invaliditatii totale permanente indemnizatia deja platita.

4. REVIZUIREA DEFINIȚIILOR AFECȚIUNILOR GRAVE

4.1. Avand in vedere progresul continuu in domeniul medical (tratamente si tehnici de diagnosticare), Asiguratorul isi rezerva dreptul de a revizui definitiile Afectiunilor grave pentru a asigura urmatoarele:

- concordanta din punct de vedere al clasificarii sau terminologiei medicale;
- actualizarea la procedurile de diagnosticare moderne, metode de tratament sau vaccinuri curente.

5. PERIOADA DE VALABILITATE ȘI INTRAREA ÎN VIGOAREA A ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

5.1. Această Asigurare suplimentară se încheie pe o durată de un an. Perioada de asigurare poate fi reînnoită cu ocazia fiecărei date de expirare a contractului de asigurare, dacă părțile și-au exprimat acordul scris în acest sens cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de expirare.

5.2. Acoperirea aferentă acestei asigurări suplimentare va începe la ora 00:00 a zilei specificate în Poliță ca dată de începere a Asigurării, sau la data repunerii în vigoare a acesteia, în condițiile achitării primei sau a primei rate a acesteia, sau a achitării primelor restante.

5.3. În situația în care această Asigurare nu a fost denunțată, acoperirea aferentă acestei Asigurări suplimentare va lua sfârșit în oricare din următoarele cazuri, indiferent care eveniment are loc primul:

- La ora 24:00 a zilei specificată în Poliță ca dată a expirării Asigurării;
- La data plății Sumei asigurate aferente Clauzei suplimentare;
- La data Decesului Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- După expirarea perioadei de grație pentru plata primei de asigurare;
- La împlinirea de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;
- În cazul încetării Contractului de Asigurare de viață de Grup din oricare alt motiv;
- În cazul în care Asiguratul devine neeligibil prin încetarea raporturilor contractuale cu Contractantul asigurării.

6. NEPLATA PRIMEI DE ASIGURARE

6.1. În vederea efectuării plății primei de asigurare sau a ratei de primă, Asiguratorul oferă o perioadă de grație de 30 de zile de la data scadenței specificată în Poliță.

6.2. În cazul în care, după expirarea celor 30 de zile, plata nu este efectuată, asigurarea pentru Afectiuni grave încetează iar Asiguratorul nu va datora niciun fel de indemnizații.

7. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT

7.1. Contractantul Asigurării sau Asiguratul, după caz, trebuie să notifice Asiguratorului în scris producerea Riscului Asigurat în termen de 60 de zile de la data apariției acestuia.

7.2. Asiguratorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare dacă, în urma omisiunii sau întârzierii notificării apariției Riscului asigurat, nu se poate stabili în mod satisfăcător data, circumstanțele și cauza apariției Riscului asigurat.

7.3. În vederea stabilirii dreptului la Indemnizația de asigurare, Contractantul Asigurării sau Asiguratul trebuie să prezinte Asiguratorului, alături de cererea de despăgubire, următoarele documente:

- Polița de asigurare sau Certificatul de asigurare (copie certificată cu originalul);
- Dovada achitării primei/ratelor de primă de asigurare de către Contractantul asigurării;
- Act de identitate al Asiguratului (copie certificată cu originalul);
- Documente medicale (din care să rezulte diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate);
- Bilet de ieșire din spital;
- Procesul verbal de constatare a accidentului suferit sau alte documente eliberate de poliție, pompieri, etc. (copie) - dacă este cazul

- Orice alt document solicitat de Societate pentru a determina dreptul la Indemnizație.

7.4. Pentru acordarea Indemnizației de Asigurare, diagnosticul uneia sau mai multor Afecțiuni grave, după cum sunt ele definite de această Clauză suplimentară trebuie să fie confirmat concomitent prin:

- un certificat medical eliberat de un Medic specialist practician;
- investigații incluzând, dar nelimitându-se la evidențe clinice, radiologice, histologice sau de laborator.

7.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului să fie examinat de un medic practician desemnat de Asigurător sau să efectueze examinări medicale sau alte investigații necesare pentru confirmarea diagnosticului.

7.6. Contractantul Asigurării/ Asiguratul, după caz, va furniza pe propria sa cheltuială toate documentele pe care Societatea le va solicita pentru a stabili circumstanțele producerii Riscului asigurat.

7.7. Contractantul Asigurării/ Asiguratul își va exprima acordul în scris pentru ca Asigurătorul să primească rezultatele oricăror examene, teste medicale sau documente medico-legale. Nefurnizarea consimțământului necesar va atrage rezilierea Asigurării. În acest caz nu se va efectua nicio plată aferentă Indemnizației de Asigurare.

8. EXCLUDERI

8.1. Asigurătorul nu va acorda Indemnizația de Asigurare pentru afecțiuni care rezultă direct sau indirect dintr-o condiție preexistentă care nu a fost dezvăluită în Cererea de asigurare și pentru care, înainte de data atașării Clauzei suplimentare:

- a fost recomandat un tratament sau sfat medical de către un Medic

sau

- existau dovezi/simptome ale afecțiunii respective care ar fi determinat o persoană rațională să se adreseze unui Medic pentru un consult în vederea precizării diagnosticului, stabilirii tratamentului sau instituirii supravegherii medicale.

8.2. Nu sunt acoperite prin prezenta Clauză suplimentară, iar Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare pentru:

- a) tumori in situ (incluzând displazia CIN – clasificarea CIN -1, CIN-2 și CIN-3, respectiv clasificarea PAP, de la PAP-1 la PAP-4) sau care sunt descrise histopatologic ca leziuni pre-maligne;
- b) melanoame, demonstrate histopatologic a fi stadiul I sau II în clasificarea TNM sau până la nivelul Clark 3 inclusiv;
- c) toate hipercheratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii;
- d) toate carcinoamele pielii de tip scuamos ale în afara situației în care există diseminări în alte organe;
- e) sarcom Kaposi sau alte tumori ale unui Asigurat seropozitiv pentru virus HIV sau diagnosticat cu SIDA;
- f) cancerul de prostată descris histopatologic în clasificarea TMN ca T1 (inclusiv T1(a) sau T1(b) conform unei clasificări echivalente sau unei clasificări inferioare)
- g) leucemie limfatică cronică
- h) leziuni cerebrale rezultate în urma traumatismelor ca urmare a hipoxiei/ reducerii critice a oxigenării;
- i) angină pectorală de orice tip;
- j) insuficiența renală în stadiul compensat;
- k) insuficiență renală fără dializă regulată sau transplant;
- l) pierderea parțială a vederii;
- m) accident ischemic tranzitor;
- n) simptome neurologice cauzate de migrenă;
- o) sindrom lacunar cu deficit neurologic.

9. BENEFICIARUL DREPTURILOR LA INDEMNIZAȚIE

9.1. Asiguratul va fi singurul beneficiar îndreptățit la plata Indemnizației de asigurare aferente prezentei Clauze suplimentare.

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Prezența Asigurare suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de Grup.
1.2. Prevederile prezentelor Condiții speciale se completează cu prevederile Condițiilor generale pentru asigurarea de viață careia îi este atașată, în măsura în care nu contravin prezentelor.

2. DEFINIȚII

În înțelesul prezentei clauze suplimentare, termenii și definițiile de mai jos au următorul conținut:

- 2.1. **Fractură:** Întreruperea completă (fractură completă) sau incompletă (fractură incompletă) a continuității unui os și care poate fi depistată și diagnosticată de un Medic
 Varietati de fracturi:
- fractură deschisă: un fragment al osului fracturat perforază tegumentul adiacent;
 - fractură multiplă: osul se fracturează în mai mult de 2 fragmente;
 - fractură prin tasare: un fragment al osului fracturat pătrunde în zona spongioasă a celui alt fragment.
- 2.2. **Medic:** Persoană care deține o diplomă medicală și este autorizată să practice această profesie, acționând în limitele specialității licenței sale.
- 2.3. **Risc asigurat:** Fractura suferită de Asigurat ca urmare a unui Accident produs pe durata Asigurării, atestată printr-un document medical eliberat de un Medic.

3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE

- 3.1. În cazul în care Asiguratul ca urmare a unui accident produs în perioada de asigurare, suferă una sau mai multe fracturi, Asigurătorul va plăti indemnizația pentru fracturi, independent de alte despăgubiri.
3.2. În cazul în care, pe perioada valabilității asigurării, Asiguratul suferă o Fractură ca urmare a unui Accident, în înțelesul acestei Clauze suplimentare, Asigurătorul va plăti independent de alte despăgubiri o Indemnizație de asigurare reprezentând un procent din Suma asigurată pentru Fracturi ca urmare a unui Accident, conform Poliței/ Certificatului individual de asigurare.
3.3. Suma asigurată stabilită pentru Fracturi din accident este aceeași pe toată durata asigurării și nu se modifică în urma plății indemnizației de asigurare.
3.4. Stabilirea procentului se va face conform "Tabelului de procente pentru Fracturi ca urmare a unui Accident" de mai jos:

SCALA DE INDEMNIZARE PENTRU CAZURI DE FRACTURI

Descrierea tipului de fractură	Cuantumul indemnizației (% din suma asigurată)
Fracturi ale mandibulei:	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	40
Fracturi multiple cel puțin una completă	25
Toate celelalte fracturi	15
Fracturi de coastă/coaste, os malar, coccis, maxilar superior, nas, deget/degete de la picioare sau de la mâini	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	18
Fracturi multiple cel puțin una completă	10
Toate celelalte fracturi	7
Fracturi ale Omoplatului, Rotulei genunchiului, Sternului, Mâinii (exclusiv degetele și încheietura mâinii), labei piciorului (exclusiv degetele și călcâiul)	12
Fractura gambei, claviculei, gleznei, cotului, părții superioare sau inferioare a brațului (inclusiv încheietura mâinii, dar exclusiv fractura tip Colles)	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	40
Fracturi multiple cel puțin una comleta	25
Toate celelalte fracturi	15
Fracturi ale coloanei vertebrale (vetrebre dar exclusiv coccis)	
Toate fracturile de compresie	25
Toate fracturile spinale, de proces transvers sau pedicel	20

Toate celelalte fracturi vertebrale	12
Fractura de tip Colles a brațului inferior	12
Fracturi ale șoldului sau pelvisului (exclusiv coapsă sau coccis)	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	100
Fracturi multiple cel puțin una completă	30
Toate celelalte fracturi	25
Fractura coapsei sau călcâiului	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	50
Fracturi multiple cel puțin una completă	30
Toate celelalte fracturi	25

3.5. Dacă Fractura este localizată la nivelul a mai multor părți/ localizari prezentate în tabelul de mai sus, Asigurătorul va plăti doar suma mai mare.

3.6. În cazul în care Asiguratul suferă mai multe Fracturi care se încadrează în Grupe diferite, Asigurătorul va plăti procentul convenit fiecărei Fracturi în parte, dar nu mai mult de 100% din Suma Asigurată.

3.7. În cazul în care Asiguratul suferă mai multe Fracturi care se încadrează în aceeași Grupă, Asigurătorul va plăti Indemnizația reprezentând procentul cel mai mare.

3.8. Dreptul la Indemnizația aferentă prezentei Clauze suplimentare va apărea atunci când Asigurătorul va primi dovada faptului că, în urma unui Accident produs pe durata Clauzei suplimentare, Asiguratul a suferit o Fractură în condițiile prevăzute de prezenta Clauză suplimentară.

3.9. În eventualitatea în care Asiguratul decedează după producerea unei Fracturi, dreptul la Indemnizația aferentă acestei Clauzei suplimentare rămâne în vigoare.

3.10. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment asigurat și pe an de asigurare. În cazul fracturilor deschise care necesită intervenții chirurgicale plata indemnizației pentru fracturi se efectuează independent de indemnizația pentru intervenții chirurgicale.

3.11. În cazul în care în urma unei fracturi din accident Asiguratul se internează în spital și/sau intră în incapacitate temporară de muncă, plata indemnizației pentru fracturi se efectuează independent de indemnizațiile pentru spitalizare și incapacitate temporară de muncă.

3.12. În cazul în care fractura produce Asiguratului invaliditate permanentă, plata indemnizației pentru fracturi se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru invaliditate permanentă.

4. PERIOADA DE VALABILITATE ȘI INTRAREA ÎN VIGOAREA A ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

4.1. Această asigurare suplimentară se încheie pe o durată de un an. Perioada de asigurare poate fi reînnoită cu acordul părților cu ocazia fiecărei aniversări a Contractului de asigurare, dacă nu a fost denunțat unilateral de una dintre părți, mai devreme de o lună înaintea fiecărei aniversări.

4.2. Acoperirea aferentă acestei asigurări suplimentare va începe la ora 00:00 a zilei specificate în Poliță ca Data începerii asigurării, sau la data repunerii în vigoare a acesteia, în condițiile achitării Primei de asigurare sau a Primei inițiale, sau a achitării primelor restante.

4.3. În situația în care această asigurare nu a fost denunțată, acoperirea aferentă acesteia va lua sfârșit în oricare din următoarele cazuri, indiferent care eveniment are loc primul:

- La ora 24:00 a zilei specificată în Poliță ca dată a expirării Asigurării;
- La data Decesului Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- După expirarea perioadei de grație pentru plata primei de asigurare;
- La împlinirea de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;
- În cazul încetării Contractului de Asigurare de viață de Grup din oricare alt motiv;
- În cazul în care Asiguratul devine neeligibil prin încetarea raporturilor contractuale cu Contractantul asigurării.

4.4. Acoperirea oferită de aceasta Clauza suplimentară încetează în cursul anului contractual la data la care 100% din Suma Asigurată prevăzută în poliță a fost plătită.

5. NEPLATA PRIMEI DE ASIGURARE

5.1. În vederea efectuării plății primei de asigurare sau a ratei de primă, Asigurătorul oferă o perioadă de grație de 30 de zile de la data scadenței specificată în Poliță.

5.2. În cazul în care, după expirarea celor 30 de zile, plata nu este efectuată, asigurarea pentru Fracturi ca urmare a unui Accident încetează de drept și fără nicio altă formalitate, iar Asigurătorul nu va datora niciun fel de indemnizații.

6. EXCLUDERI

6.1. Adicional limitărilor și excepțiilor de la plata Sumei asigurate expuse în Condițiile generale ale asigurării, această asigurare suplimentară nu va acoperi Fracturile cauzate direct sau indirect ca urmare a unor Afecțiuni preexistente cum ar fi: osteoporoză,

osteomalacie, tumori, iradiere, fracturi terapeutice, afecțiuni ereditare sau congenitale ale sistemului osos.

7. BENEFICIARUL DREPTURILOR LA INDEMNIZAȚIE

7.1. Asiguratul va fi singurul Beneficiar îndreptățit la plata despăgubirilor conform acestei asigurări suplimentare.

7.2. Dreptul la indemnizație pentru Fracturi ca urmare a unui Accident are caracter personal și, prin urmare, nu se transmite moștenitorilor sau Beneficiarilor

7.3. Asigurătorul va plăti integral Asiguratului indemnizația de asigurare pentru Fracturi ca urmare a unui Accident.

8. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT

8.1. În cazul producerii Riscului asigurat, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare conform Art. 3 din aceste Condiții speciale.

8.2. În cazul în care Asiguratul suferă o Fraktură, în înțelesul acestei Clauze suplimentare, ca urmare a unui Accident, pe durata de valabilitate a Asigurării, Contractantul asigurării, Asiguratul sau reprezentanții legali ai acestuia va/ vor înainta Cererea de despăgubire în interval de 72 de ore de la producerea Riscului asigurat, care va fi însoțită de următoarele documente:

- Polița de asigurare sau Certificatul de asigurare (copie certificată cu originalul);
- Dovada achitării primei/ratelor de primă de asigurare de către Contractantul asigurării;
- Act de identitate al Asiguratului (copie certificată cu originalul);
- Documente medicale (din care să rezulte diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate);
- Bilet de ieșire din spital, alte adeverințe medicale;
- Document eliberat de un Medic care confirmă Fractura;
- Procesul verbal de constatare a accidentului suferit sau alte documente eliberate de poliție, pompieri, etc. (copie) - dacă este cazul.

8.3. Înainte de a efectua plata oricărei Indemnizații, Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga cauzele și condițiile producerii Fracturii, precum și dreptul de a solicita obținerea tuturor documentelor necesare acestor investigații. Asigurătorul are dreptul de a refuza să plătească Indemnizația dacă, nefiind informată, nu a putut stabili în mod satisfăcător data, circumstanțele și cauza evenimentelor care au determinat producerea Fracturii.

8.4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita traducerea autorizată și legalizată în limba română, precum și/sau copii legalizate după orice documente necesare stabilirii dreptului la indemnizație.

8.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului să fie examinat de către un Medic desemnat de către Asigurător. Contractantul Asigurării va furniza pe cheltuială proprie toate dovezile solicitate de către Asigurător.

1. Prezenta Clauză suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale de asigurare și Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane. Prevederile prezentei Clauze suplimentare au caracter derogatoriu de la orice prevedere contrară din Condițiile generale de asigurare și din Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane.
2. În baza prezentei Clauze suplimentare, Asigurătorul acceptă să extindă acoperirea din asigurare pentru cazuri de fracturi, ca urmare a unui accident.
3. În cazul în care Asiguratul ca urmare a unui accident produs în perioada de asigurare, suferă una sau mai multe fracturi, Asigurătorul va plăti indemnizația pentru fracturi, independent de alte despăgubiri.
4. Suma asigurată stabilită pentru fracturi din accident este aceeași pe toată durata asigurării și nu se modifică în urma plății indemnizației de asigurare.
5. Indemnizația pentru fracturi reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru fractura suferită de Asigurat și care se calculează prin înmulțirea sumei asigurate cu cota procentuală corespunzătoare respectivei fracturi prevăzută în scala de indemnizare pentru cazuri de fracturi.
6. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment asigurat și pe an de asigurare. În cazul fracturilor deschise care necesită intervenții chirurgicale plata indemnizației pentru fracturi se efectuează independent de indemnizația pentru intervenții chirurgicale.
7. În cazul în care în urma unei fracturi din accident Asiguratul se internează în spital și/sau intră în incapacitate temporară de muncă, plata indemnizației pentru fracturi se efectuează independent de indemnizațiile pentru spitalizare și incapacitate temporară de muncă.
8. În cazul în care fractura produce Asiguratului invaliditate permanentă, plata indemnizației pentru fracturi se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru invaliditate permanentă.
9. Pentru riscul de fracturi se stabilește o valoare a sumei asigurate, care se precizează în specificația poliței.
10. Pentru soluționarea cererii de indemnizare sunt necesare, documentele precizate în Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane, la care se adaugă:
 - a) copie după biletul de ieșire din Spital, din care să rezulte că spitalizarea a avut loc ca urmare a unui Accident, precum și diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate;
 - b) copie după Foaia de Observație Clinică Generală (FOCG) a Asiguratului sau alte adeverințe medicale;
 - c) certificatul medical emis pe numele Asiguratului din care să rezulte gradul și natura Fracturii;
 - d) declarația Asiguratului/Contractantului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc Accidentul;
 - e) rezultatele testelor medicale efectuate (ex. radiografii, certificatul de analiză radiologică).
11. Plata indemnizației de asigurare se face independent de alte despăgubiri și numai după prezentarea documentelor menționate anterior.

12. SCALA DE INDEMNIZARE PENTRU CAZURI DE FRACTURI

Descrierea tipului de fractură	Cuquantumul indemnizației (în % din suma asigurata)
Fracturi ale mandibulei:	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	40
Fracturi multiple cel puțin una completă	25
Toate celelate fracturi	15
Fracturi de Coastă/Coaste, Os Malar, Coccis, Maxilar Superior, Nas, Deget/degete de la picioare sau de la mâini	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	18
Fracturi multiple cel puțin una completă	10
Toate celelate fracturi	7
Fracturi ale Omoplatului, Rotulei genunchiului, Sternului, Mâinii (exclusiv degetele și încheietura mâinii), labei piciorului (exclusiv degetele și călcâiul)	
Fractura Gambei, Claviculei, Gleznei, Cotului, Părții superioare sau inferioare a Brațului (inclusiv încheietura mâinii, dar exclusiv fractura tip Colles)	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	40
Fracturi multiple cel puțin una completă	25
Toate celelate fracturi	15
Fracturi ale Coloanei Vertebrale (Vetrebre dar exclusiv coccis)	
Toate fracturile de compresie	25
Toate fracturile spinale, de proces transvers sau pedicel	20
Toate celelalte fracturi vertebrale	12
Fractura de tip Colles a brațului inferior	12
Fracturi ale Șoldului sau Pelvisului (exclusiv coapsă sau coccis)	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	100
Fracturi multiple cel puțin una completă	30
Toate celelate fracturi	25
Fractura Coapsei sau Călcâiului	
Fracturi multiple (cel puțin una deschisă și una completă)	50
Fracturi multiple cel puțin una completă	30
Toate celelate fracturi	25

13. Pentru fracturi compuse se aplică o majorare cu 50% a indemnizației pentru fiecare caz în parte.
14. Pentru fracturi cu operații deschise, grefă de os, îmbinări de os, se aplică o majorare cu 100% a indemnizației pentru fiecare din cazurile de mai sus.
15. Pentru orice fractură neprecizată mai sus, Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o fractură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea societății, cu excepția cazului în care acea fractură este exclusă în mod explicit în contractul de asigurare.
16. În oricare din cazuri, cuantumul despăgubirii nu poate depăși suma asigurată.

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Prezența Asigurare suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de Grup.
- 1.2. Prevederile prezentelor Condiții speciale se completează cu prevederile Condițiilor generale pentru asigurarea de viață căreia îi este atașată, în măsura în care nu contravin prezentelor.

2. DEFINIȚII

În înțelesul prezentei clauze suplimentare, termenii și definițiile de mai jos au următorul conținut:

- 2.1. Arsură: afecțiune locală sau generală produsă de mulți agenți (termici, chimici, electrici), ca urmare a unui Accident survenit pe perioada valabilității acoperirii contractuale.
- 2.2. Risc asigurat: Arsurile suferite de Asigurat ca urmare a unui Accident produs în perioada de asigurare, cu grad minim doi, extinse pe o suprafață din corp de minim 9%.

3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE

- 3.1. În cazul apariției Riscului asigurat, Asigurătorul va plăti indemnizația pentru Arsuri, independent de alte despăgubiri.
- 3.2. Suma asigurată stabilită pentru Arsuri ca urmare a unui Accident este aceeași pe toată durata asigurării și nu se modifică în urma plății indemnizației de asigurare.
- 3.3. Indemnizația pentru Arsuri reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru Arsura suferită de Asigurat și care se calculează prin înmulțirea sumei asigurate cu cota procentuală corespunzătoare respectivei Arsuri prevăzută în Scala de indemnizare pentru cazuri de arsuri.
- 3.4. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment asigurat și pe an de asigurare.
- 3.5. În cazul în care Arsura produce Asiguratului consecințe estetice cu caracter definitiv și invaliditate permanentă, plata indemnizației pentru arsuri se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru Invaliditate permanentă.
- 3.6. În cazul în care în urma unei arsuri, Asiguratul se internează în spital și/sau intră în incapacitate temporară de muncă, plata indemnizației pentru arsuri se efectuează suplimentar față de indemnizațiile pentru spitalizare și incapacitate temporară de muncă.
- 3.7. În cazul în care în urma unei arsuri, Asiguratul necesită o intervenție chirurgicală, plata indemnizației pentru arsuri se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru intervenții chirurgicale.

4. PERIOADA DE VALABILITATE ȘI INTRAREA ÎN VIGOAREA A ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 4.1. Această asigurare suplimentară se încheie pe o durată de un an. Perioada de asigurare poate fi reînnoită cu acordul părților cu ocazia fiecărei aniversări a Contractului de asigurare, dacă nu a fost denunțat unilateral de una dintre părți, mai devreme de o lună înaintea fiecărei aniversări.
- 4.2. Acoperirea aferentă acestei asigurări suplimentare va începe la ora 00:00 a zilei specificate în Poliță/ Certificatul individual de asigurare ca Data începerii asigurării, sau la data repunerii în vigoare a acesteia, în condițiile achitării Primei de asigurare sau a Primei inițiale, sau a achitării primelor restante.
- 4.3. În situația în care această asigurare nu a fost denunțată, acoperirea aferentă acesteia va lua sfârșit în oricare din următoarele cazuri, indiferent care eveniment are loc primul:
 - La ora 24:00 a zilei specificată în Poliță ca dată a expirării Asigurării;
 - La data Decesului Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
 - După expirarea perioadei de grație pentru plata primei de asigurare;
 - La împlinirea de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;
 - În cazul încetării Contractului de Asigurare de viață de Grup din oricare alt motiv;
 - În cazul în care Asiguratul devine neeligibil prin încetarea raporturilor contractuale cu Contractantul asigurării.
- 4.4. Acoperirea oferită de aceasta Clauza suplimentară încetează în cursul anului contractual la data la care 100% din Suma Asigurată prevăzută în poliță a fost plătită.

5. NEPLATA PRIMEI DE ASIGURARE

- 5.1. În vederea efectuării plății primei de asigurare sau a ratei de primă, Asigurătorul oferă o perioadă de grație de 30 de zile de la data scadenței specificată în Poliță.
- 5.2. În cazul în care, după expirarea celor 30 de zile, plata nu este efectuată, asigurarea pentru Arsuri ca urmare a unui Accident încetează de drept și fără nicio altă formalitate, iar Asigurătorul nu va datora niciun fel de indemnizații

6. BENEFICIARUL DREPTURILOR LA INDEMNIZAȚIE

6.1. Asigurătorul va plăti integral Asiguratului indemnizația de asigurare pentru Arsuri ca urmare a unui Accident.

6.2. Asiguratul va fi singurul Beneficiar îndreptățit la plata despăgubirilor conform acestei asigurări suplimentare.

6.3. Dreptul la indemnizație pentru Arsuri ca urmare a unui Accident are caracter personal și, prin urmare, nu se transmite moștenitorilor sau Beneficiarilor.

7. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT

7.1. În cazul producerii Riscului asigurat, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare conform Art. 3 din aceste Condiții speciale.

7.2. În cazul în care Asiguratul suferă o Arsura, în înțelesul acestei Clauze suplimentare, ca urmare a unui Accident, pe durata de valabilitate a Asigurării, Contractantul asigurării, Asiguratul sau reprezentanții legali ai acestuia va/ vor înainta Cererea de despăgubire în interval de 72 de ore de la producerea Riscului asigurat, care va fi însoțită de următoarele documente:

- Polița de asigurare sau Certificatul de asigurare (copie certificată cu originalul);
- Dovada achitării primei/ratelor de primă de asigurare de către Contractantul asigurării;
- Act de identitate al Asiguratului (copie certificată cu originalul);
- Bilet de ieșire din spital; din care să rezulte că spitalizarea a avut loc ca urmare a unui Accident, precum și diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate, inclusiv rezultatele testelor medicale efectuate;
- Copie de pe Foaia de Observație Clinică Generală (FOCG) a Asiguratului sau alte adeverințe medicale;
- Bilet de ieșire din spital, alte adeverințe medicale;
- Certificatul medical emis pe numele Asiguratului din care să rezulte gradul și natura arsurii;
- Procesul verbal de constatare a accidentului suferit sau alte documente eliberate de poliție, pompieri, etc. (copie) - dacă este cazul.

7.3. Înainte de a efectua plata oricărei Indemnizații, Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga cauzele și condițiile producerii Arsurii, respectiv Accidentului, precum și dreptul de a solicita obținerea tuturor documentelor necesare acestor investigații. Asigurătorul are dreptul de a refuza să plătească Indemnizația dacă, nefiind informată, nu a putut stabili în mod satisfăcător data, circumstanțele și cauza evenimentelor care au determinat producerea Riscului asigurat.

7.4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita traducerea autorizată și legalizată în limba română, precum și/sau copii legalizate după orice documente necesare stabilirii dreptului la indemnizație.

7.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului să fie examinat de către un Medic desemnat de către Asigurător. Contractantul Asigurării va furniza pe cheltuială proprie toate dovezile solicitate de către Asigurător.

8. SCALA DE INDEMNIZARE PENTRU CAZURI DE ARSURI

Gradul arsurii	Suprafața arsurii	Cuantumul indemnizației (% din suma asigurată)
II	≤ 50%	25%
	> 50%	45%
II și III	≤ 30%	60%
	> 30%	80%
III și IV	≤ 10%	90%
	>10%	100%
	organe senzoriale	100%

8.1. Pentru orice arsură neprecizată mai sus, Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o arsură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului în care respectiva arsură este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.

1. Prezenta Clauză suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale de asigurare și Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane. Prevederile prezentei Clauze suplimentare au caracter derogatoriu de la orice prevedere contrară din Condițiile generale de asigurare și din Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane.
2. În baza prezentei Clauze suplimentare, Asigurătorul acceptă să extindă acoperirea din asigurare pentru cazuri de arsuri, ca urmare a unui accident.
3. În cazul în care Asiguratul, ca urmare a unui accident produs în perioada de asigurare, suferă arsuri cu grad minim doi, extinse pe o suprafață din corp de minim 9%, Asigurătorul va plăti indemnizația pentru arsuri, independent de alte despăgubiri.
4. Suma asigurată stabilită pentru arsuri din accident este aceeași pe toată durata asigurării și nu se modifică în urma plății indemnizației de asigurare.
5. Indemnizația pentru arsuri reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru arsura suferită de Asigurat și care se calculează prin înmulțirea sumei asigurate cu cota procentuală corespunzătoare respectivei arsuri, prevăzută în scala de indemnizare pentru cazuri de arsuri.
6. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment asigurat și pe an de asigurare.
7. În cazul în care arsura produce Asiguratului consecințe estetice cu caracter definitiv și invaliditate permanentă, plata indemnizației pentru arsuri se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru invaliditate permanentă.
8. În cazul în care, în urma unei arsuri, Asiguratul se internează în spital și/sau intră în incapacitate temporară de muncă, plata indemnizației pentru arsuri se efectuează suplimentar față de indemnizațiile pentru spitalizare și incapacitate temporară de muncă.
9. În cazul în care, în urma unei arsuri, Asiguratul necesită o intervenție chirurgicală, plata indemnizației pentru arsuri se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru intervenții chirurgicale.
10. Pentru riscul de arsuri se stabilește o valoare a sumei asigurate, care se precizează în specificația poliței.
11. Pentru soluționarea cererii de indemnizare sunt necesare documentele precizate în Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane, la care se adaugă:
 - a) copie după biletul de ieșire din Spital, din care să rezulte că spitalizarea a avut loc ca urmare a unui Accident, precum și diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate;
 - b) copie după Foaia de Observație Clinică Generală (FOCG) a Asiguratului sau alte adevăruri medicale;
 - c) certificatul medical emis pe numele Asiguratului din care să rezulte gradul și natura arsurii;
 - d) declarația Asiguratului/Contractantului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc Accidentul;
 - e) rezultatele testelor medicale efectuate.
12. Plata indemnizației de asigurare se face independent de alte despăgubiri și numai după prezentarea documentelor menționate anterior.

13. SCALA DE INDEMNIZARE PENTRU CAZURI DE ARSURI

Gradul arsurii	Suprafata arsurii	Cuantiumul indemnizației (în % din suma asigurată)
II	≤50%	25%
	>50%	45%
II și III	≤30%	60%
	>30%	80%
III și IV	≤10%	90%
	>10%	100%
	Organe senzoriale	100%

14. Pentru orice arsură neprecizată mai sus, Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o arsură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului în care respectiva arsură este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Prezența Asigurare suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de Grup.
- 1.2. Prevederile prezentelor Condiții speciale se completează cu prevederile Condițiilor generale pentru Asigurarea de viață de Grup căreia îi sunt atașate, în măsura în care nu contravin prezentei.

2. DEFINIȚII

În textul acestei Asigurări suplimentare sau în documentația aferentă acesteia se vor folosi următorii termeni:

- 2.1. Cheltuieli medicale: cheltuielile efectuate ca urmare a unui accident produs în perioada de asigurare sau a unei îmbolnaviri aparute pentru prima dată pe perioada acoperirii prin asigurare, dacă acestea au fost efectuate în decursul a 1 (un) an socotit din ziua producerii evenimentului asigurat.

Cheltuielile medicale acoperite sunt: cheltuielile de vindecare efectuate pentru înlăturarea consecințelor accidentului sau a urmarilor directe ale acestuia aparute în decurs de maxim un an de la data producerii accidentului, necesare conform prescripției medicale, precum și tratamentele efectuate de Asigurat la recomandarea expresă a medicilor și sub stricta supraveghere a acestora.

Printre acestea se numără:

- tratamentul ambulatoriu (medicamente, materiale medicale ajutoare care fac parte din tratament, pentru membre fracturate sau răni - mulaje de gips, bandaje, pansamente sau cârje, prescrise de medic);
- diagnosticul radiografic;
- radioterapia, terapia termică sau fototerapia și alte proceduri asemănătoare prescrise de medic.

3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE

3.1. Indemnizația pentru cheltuieli medicale din accident reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru rambursarea costurilor serviciilor efectuate ca urmare a unui accident sau a urmarilor directe ale acestuia aparute în decurs de maxim un an de la data producerii accidentului cu excepția unor afecțiuni cronice preexistente (care au fost diagnosticate și pentru care Asiguratul a primit tratament medical anterior intrării în asigurare), care au fost agravate în urma accidentului.

3.2. Asigurătorul indemnizează costurile acestor servicii prestate Asiguratului, pe baza documentelor emise pe numele Asiguratului, în limita sumei asigurate prevăzută în Contractul de asigurare.

3.3. Dacă la momentul producerii evenimentului, mai există o altă asigurare încheiată de Contractant și/sau Asigurat, care acoperă cheltuielile menționate la art.2, răspunderea Asigurătorului cu privire la prezenta asigurare se va limita la plata unei cote proporționale din aceste cheltuieli.

3.4. Pentru riscul de cheltuieli medicale se stabilește o sumă asigurată, care se precizează în polița de asigurare/ certificatul de asigurare.

4. ELIGIBILITATE

4.1. Persoanele a căror capacitate de muncă a fost afectată permanent în proporție mai mare de 50%, ca urmare a unui Accident sau a unei afecțiuni, înainte de data începerii acoperirii nu vor fi eligibili pentru această Asigurare suplimentară.

5. PERIOADA DE VALABILITATE ȘI INTRAREA ÎN VIGOAREA A ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

5.1. Această Asigurare suplimentară se încheie pe o durată de un an. Perioada de asigurare poate fi reînnoită cu ocazia fiecărei date de expirare a contractului de asigurare, dacă părțile și-au exprimat acordul scris în acest sens cu cel puțin 30 de zile înainte de data de expirare.

5.2. Acoperirea aferentă acestei Asigurări suplimentare va începe la ora 00:00 a zilei specificate în Poliță ca dată de începere a Asigurării, sau la data repunerii în vigoare a acesteia, în condițiile achitării primei sau a primei rate a acesteia sau a achitării primelor restante.

5.3. În situația în care această Asigurare suplimentară nu a fost denunțată, acoperirea aferentă acestei Asigurări suplimentare va lua sfârșit în oricare din următoarele cazuri, indiferent care are loc primul:

- La ora 24:00 a zilei specificată în Polița de asigurare de Grup ca dată a expirării Asigurării;
- La data Decesului Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- La data stabilirii unei Invalidități totale permanente ca urmare a unui Accident a Asiguratului, în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- După expirarea perioadei de grație pentru plata primei de asigurare;
- La împlinirea de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;

- În cazul încetării Contractului de Asigurare de Grup din orice alt motiv;
- În cazul în care Asiguratul devine neeligibil prin încetarea raporturilor contractuale cu Contractantul asigurării.
- În momentul în care indemnizațiile de asigurare platite ating limita de raspundere a Asiguratorului (Suma asigurata).

6. NEPLATA PRIMEI DE ASIGURARE

6.1. În vederea efectuării plății primei de asigurare sau a ratei de primă, Asiguratorul oferă o perioadă de grație de 30 de zile de la data scadenței specificată în Poliță.

6.2. În cazul în care, după expirarea celor 30 de zile, plata nu este efectuată, asigurarea încetează iar Asiguratorul nu va datora niciun fel de indemnizații.

7. EXCLUDERI

7.1. Adicional limitărilor și excepțiilor de la plata Sumei asigurate expuse în Condițiile Generale ale Asigurării de viață de Grup, această Asigurare suplimentară nu va acoperi cheltuielile medicale în legătura cu următoarele:

- a) Hernia abdominală, ombilicală sau alte hernii, în afara celor care sunt cauzate de vătămarea directă a abdomenului/peretelui abdominal sub influența unei forțe mecanice, înainte și în timpul vătămării, cu excepția herniei postoperatorii;
- b) Hernia de disc, dislocarea sau tasarea discului intervertebral, sciatică, cocgialgii, sacralgii, sacralizarea ultimei vertebre lombare L5 sau alte modificări ale coloanei vertebrale în zona lombară și sacrală, chiar dacă sunt determinate de un Accident;
- c) Tratamente și intervenții în secțiile de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care intervenția este recomandată expres de către un medic de specialitate pentru diminuarea sau corectarea consecințelor unui Accident;
- d) Tratamente și intervenții stomatologice, altele decât Intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale, necesare ca urmare a unui Accident dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
- e) Infecții, altele decât infecțiile apărute prin intermediul și în momentul Accidentului;
- f) Gravitatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale după un Accident sau a avortului impus ca urmare a unor malformații ale fătului incompatibile cu viața acestuia, diagnosticate și recomandate de către medicul de specialitate) în primele 9 luni de la începerea acoperirii individuale;
- g) Tratamente și investigații pentru sterilitate/ fertilizare în vitro/ inseminare artificială;
- h) Tratamente, investigații și spitalizare ca urmare a unei Boli profesionale.

8. BENEFICIARUL DREPTURILOR LA INDEMNIZAȚIE

8.1. Beneficiarul indemnizației de asigurare pentru aceasta Asigurare suplimentară este Asiguratul.

8.2. Dreptul la Indemnizația de asigurare pentru aceasta Asigurare suplimentară are caracter personal și, prin urmare, nu se transmite moștenitorilor sau beneficiarilor.

8.3. Asiguratorul va plăti Asiguratului Indemnizația de asigurare integral.

9. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT

9.1. În cazul apariției riscului asigurat pe durata de valabilitate a asigurării, Contractantul asigurării, Asiguratul sau reprezentanții legali ai acestuia vor înainta Cererea de despăgubire în interval de 72 de ore de la producerea Accidentului, care va fi însoțită de următoarele documente:

- Polița de asigurare sau Certificatul de asigurare (copie certificată cu originalul);
- Dovada achitării primei/ratelor de primă de asigurare de către Contractantul asigurării;
- Act de identitate al Asiguratului (copie certificată cu originalul);
- Certificate medicale (din care să rezulte diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate);
- Bilet de ieșire din spital;
- Procesul verbal de constatare a accidentului suferit sau alte documente eliberate de poliție, pompieri, etc. (copie) - dacă este cazul;
- Declarația Asiguratului/Contractantului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc Accidentul;
- Rețeta în copie emisă pe numele Asiguratului;
- Facturi și chitanțe emise pe numele Asiguratului pentru cheltuielile acoperite prin asigurare.

9.2. Plata indemnizației de asigurare se face independent de alte despăgubiri și numai după prezentarea documentelor menționate anterior.

1. Prezenta Clauză suplimentară este valabilă numai împreună cu Condițiile generale de asigurare și Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane. Prevederile prezentei Clauze suplimentare au caracter derogatoriu de la orice prevedere contrară din Condițiile generale de asigurare și din Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane.
2. În baza prezentei Clauze suplimentare, Asigurătorul acceptă să extindă acoperirea din asigurare pentru cazuri de cheltuieli suplimentare, ca urmare a unui accident.
3. Asigurătorul despăgubește cheltuielile efectuate ca urmare a unui accident produs în perioada de asigurare, dacă acestea au fost efectuate în decursul a 1 (un) an socotit din ziua producerii evenimentului asigurat.
4. Cheltuielile suplimentare sunt:
 - 4.1. Cheltuielile de căutare și de salvare, dacă Asiguratul:
 - a) suferit un accident sau s-a aflat în pericol pe munte sau în apă și a trebuit să fie salvat, cu sau fără răni;
 - b) a decedat într-un accident sau ca urmare a unui pericol pe munte sau în apă și trebuie recuperat corpul neînsuflit.Cheltuielile de salvare sunt cheltuielile care pot fi dovedite că au fost efectuate pentru căutarea Asiguratului și transportul acestuia până la prima stradă circulabilă sau până la spitalul cel mai apropiat de locul producerii accidentului.
 - 4.2. Costurile pentru transport sunt cheltuielile efectuate ca urmare a unui accident, pentru transportarea Asiguratului potrivit recomandării medicale de la locul accidentului produs în afara localității sale de domiciliu, respectiv din spitalul în care a fost adus Asiguratul după producerea accidentului, până la spitalul cel mai apropiat de localitatea sa de domiciliu. În cazul în care se produce decesul Asiguratului ca urmare a unui accident, se despăgubesc și cheltuielile efectuate pentru transportul decedatului până în ultima sa localitate de domiciliu din țară.
 - 4.3. Alte cheltuieli ocazionate de accidentul produs: cheltuielile de vindecare efectuate pentru înlăturarea consecințelor accidentului și care au fost necesare conform prescripției medicale, precum și tratamentele efectuate de Asigurat la recomandarea expresă a medicilor și sub stricta supraveghere a acestora. Printre acestea se numără:
 - tratamentul ambulatoriu (medicamente, materiale medicale ajutoare care fac parte din tratament, pentru membre fracturate sau răni - mulaje de gips, bandaje, pansamente sau cârje, prescrise de medic);
 - diagnosticul radiografic;
 - radioterapia, terapia termică sau fototerapia și alte proceduri asemănătoare prescrise de medic.
5. Indemnizația pentru cheltuieli suplimentare reprezintă suma pe care Asigurătorul o plătește pentru rambursarea costurilor serviciilor efectuate ca urmare a unui accident.
6. Asigurătorul indemnizează costurile acestor servicii prestate Asiguratului, pe baza documentelor originale emise pe numele Asiguratului, în limita sumei asigurate prevăzută în Contractul de asigurare.
7. Dacă la momentul producerii accidentului, mai există o altă asigurare încheiată de Contractant și/sau Asigurat, care acoperă cheltuielile menționate la art.4, răspunderea Asigurătorului se va limita la plata unei cote proporționale din aceste cheltuieli.
8. Pentru riscul de cheltuieli suplimentare se stabilește o sumă asigurată, care se precizează în specificația poliței.
9. Pentru soluționarea cererii de indemnizare sunt necesare, documentele precizate în Condițiile specifice pentru asigurarea de accidente persoane, la care se adaugă:
 - a) declarația Asiguratului/Contractantului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc Accidentul;
 - b) prescripția medicului, eliberată pe numele Asiguratului, din care să rezulte diagnosticul, tratamentul medicamentos și alte recomandări medicale.(ex. Bilet de ieșire din spital, Scrisoare medicală, etc.);
 - c) rețeta în copie emisă pe numele Asiguratului;
 - d) facturi și chitanțe emise pe numele Asiguratului pentru cheltuielile acoperite prin asigurare.
10. Plata indemnizației de asigurare se face independent de alte despăgubiri și numai după prezentarea documentelor menționate anterior.