

ASIGURAREA PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE

CONDIȚII GENERALE

1. DEFINIREA TERMENILOR

ACCIDENT: eveniment ce are la bază o cauză neprevăzută, externă, vizibilă, violentă întâmplătoare, absolut independentă de voința Asiguratului și care determină producerea riscului asigurat. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore se consideră un singur accident.

ASIGURĂRI SUPLIMENTARE: clauze contractuale ce cuprind acoperiri opționale care pot fi atașate la solicitarea asiguratului sau a contractantului, la pachetul de bază.

ASIGURAT: persoană fizică menționată în polița de asigurare, cu vârsta minimă de 30 zile, care călătorește temporar în afara granițelor României/țării de cetățenie/țării de reședință.

ASIGURĂTOR: Groupama Asigurări S.A, societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub Nr. RA – 009/10.04.2003, Cod LEI 549300EO4TPESE4LEE73.

ASISTENȚĂ: îndrumarea sau ajutorul acordat de asigurător, prin intermediul companiei de asistență colaboratoare asiguratului aflat în dificultate în timpul călătoriei în străinătate.

BENEFICIAR: persoană fizică care încasează indemnizația de asigurare în cazul producerii riscului asigurat, atunci când indemnizația nu se acordă direct asiguratului. În cazul decesului asiguratului, beneficiari ai asigurării sunt moștenitorii legali ai acestuia, în cazul în care acesta nu a desemnat în mod expres un alt beneficiar.

BOALĂ: modificare patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de un medic specialist autorizat, conform criteriilor clinice sau paraclinice.

BROKER: persoană juridică împuternicită de asigurător să consilieze contractantul/asiguratul în vederea încheierii unei asigurări de călătorie în străinătate.

CĂLĂTORIE ÎN STRĂINĂTATE: deplasarea asiguratului în afara granițelor teritoriale ale României, ale țării de cetățenie sau ale țării de reședință a acestuia realizată în ariile geografice menționate în polița de asigurare.

CĂLĂTORII MULTIPLE: ieșiri și intrări successive în România, în țara de reședință sau în țara de cetățenie efectuate pe parcursul valabilității poliței de asigurare.

COMPANIA DE ASISTENȚĂ: compania desemnată de asigurător care acordă asiguraților asistență medicală, non medicală sau rutieră și care acționează în numele acestuia pentru îndeplinirea condițiilor contractuale.

CONDIȚIE PRE-EXISTENTĂ: orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data de început a asigurării.

CONTRACTANT: persoană fizică sau juridică, alta decât asiguratul, care încheie contractul de asigurare cu asigurătorul, având responsabilitatea de a plăti prima de asigurare.

CONTRACTUL DE ASIGURARE: actul juridic care se încheie între contractant/asigurat și asigurător, prin care asigurătorul se angajează să acorde asistență prin intermediul companiei de asistență și/sau să achite asiguratului indemnizația de asigurare, în termenii și limitele convenite, la producerea riscului asigurat, iar asiguratul/contractantul se obligă să plătească prima de asigurare. Parte integrantă a contractului de asigurare sunt:

- condițiile de asigurare generale ale asigurării de călătorii în străinătate,
- condițiile speciale menționate expres în polița de asigurare,
- polița de asigurare,
- oferta de asigurare
- orice alte documente legate de prezenta asigurare.

DIAGNOSTIC: identificare certă, de un medic, a afecțiunii care a necesitat tratament de urgență.

DURATA ASIGURĂRII: perioada, exprimată în număr de zile (minimum 3 zile, maximum 365 zile), pentru care se încheie contractul de asigurare, delimitată prin data de început și de sfârșit a asigurării, menționată pe polița de asigurare.

DURERE ACUTĂ: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție rapidă care, în urma unui tratament adecvat pe termen scurt, duce la restabilirea stării de sănătate de dinaintea instalării acesteia.

EVENIMENT ASIGURAT: producerea riscurilor asigurate așa cum sunt descrise în contractul de asigurare.

FRANȘIZĂ: suma stabilită pentru care GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu-și va asuma obligația de plată, dacă despăgubirea se situează sub această sumă fixă.

PERIOADĂ DEDUCTIBILĂ: durata pentru care GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu-și va asuma obligația de plată, dacă despăgubirea se situează sub această durată.

INDEMNIZAȚIE DE ASIGURARE (DESPĂGUBIRE): sumă datorată de asigurător beneficiarului în cazul producerii riscului asigurat. Indemnizația nu poate depăși suma asigurată stabilită pentru fiecare tip de risc asigurat în parte.

INTERESUL ASIGURABIL: cerință esențială pentru valabilitatea contractului de asigurare; reprezintă existența unei relații între contractant pe de o parte și asigurat, pe de altă parte. Această relație trebuie să justifice interesul legitim al contractantului pentru plata primelor de asigurare în folosul asiguratului.

INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ: pierderea potențialului fizic și psihosenzorial al asiguratului în urma unui accident petrecut în străinătate pe durata asigurării, ce nu se poate ameliora, certificată de un medic agreeat de asigurător, respectiv: pierderea completă a vederii

ambilor ochi, pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini, pierderea ambelor tibii, pierderea unui antebraț și a unui picior, afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;

ÎMBOLNĂVIRE SUBITĂ: îmbolnăvire care se produce imprevizibil într-un timp scurt, în timpul unei călătorii în străinătate, pe durata de valabilitate a asigurării.

MEDIC: persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în limitele specialității licenței sale, în baza unei autorizații valabile de liberă practică.

OAMENI DE AFACERI: persoane care efectuează călătorii în străinătate în legătură directă cu serviciul sau cu activitatea proprie de afaceri, pe baza unui document justificativ în acest sens (delegație din partea firmei, invitație la un congres, seminar etc.).

PACHET DE BAZĂ: contract reglementat prin condițiile generale privind asigurarea pentru călătorii în străinătate. La pachetul de bază pot fi atașate asigurări suplimentare.

POLIȚA DE ASIGURARE: actul juridic încheiat între contractant/asigurat și asigurător, semnat de ambele părți, care dovedește încheierea contractului de asigurare;

PRIMA DE ASIGURARE: suma de bani datorată de asigurat/contractant în schimbul asumării riscului de către asigurător.

RISC ASIGURAT: eveniment viitor, posibil, cuprins în asigurare și care, odată produs, obligă asigurătorul să plătească asiguratului/beneficiarului indemnizația de asigurare conform clauzelor și limitelor stabilite în contractul de asigurare.

RUDE ALE ASIGURATULUI: soț, soție, copii, părinții asiguratului, părinții soțului sau ai soției asiguratului.

ȘOFER PROFESIONIST: persoana care are atestarea pentru profesia de conducător auto de nivel profesionist, cât și o adeverință eliberată de societatea angajatoare din care rezultă că efectuează deplasări în interes de serviciu.

SPITAL: unitate sanitară, publică sau privată, care dispune de:

- personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală
- facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați.

Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și, în general, casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

SPORTURI DE AGREMENT CU RISC REDUS: activități fizice sportive, practicate ocazional, în scop recreativ, la nivel amator, în condiții de normalitate și siguranță, într-un cadru organizat, cu echipament de protecție corespunzător.

SUMA ASIGURATĂ: limita maximă a indemnizației de asigurare pe care asigurătorul o plătește în cazul producerii riscului asigurat și care este înscrisă în polița de asigurare.

TURIST: persoană care efectuează călătorii în străinătate în scop turistic, vizită la rude sau cunoștințe.

URGENTĂ MEDICALĂ: o vătămare corporală sau o afecțiune acută ce pune în pericol viața sau sănătatea asiguratului și care necesită îngrijiri medicale ce nu pot fi amânate.

VĂTĂMARE CORPORALĂ: reprezintă orice leziune fizică produsă în urma unui accident, detectabilă din punct de vedere medical și justificată prin documente medicale eliberate de medici specialiști.

DEFINIȚII SPECIFICE PENTRU ASIGURAREA DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

EVENIMENT ASIGURAT: producerea riscului asigurat, din culpa asiguratului, care generează prejudicii materiale și/sau vătămări corporale ori decesul uneia sau mai multor terțe persoane.

SUMA ASIGURATĂ/LIMITA RĂSPUNDERII: suma maximă până la care asigurătorul răspunde în cazul producerii evenimentului asigurat pe durata asigurării. Răspunderea totală asumată de asigurător pe toată durata asigurării, pentru toate prejudiciile suferite de terțe persoane, indiferent de numărul evenimentelor asigurate produse, nu va depăși această limită.

TERȚ PREJUDICIAT: persoana îndreptățită să primească indemnizația de asigurare pentru prejudiciul suferit ca urmare a faptei asiguratului ce declanșează angajarea răspunderii civile.

CULPĂ: formă a vinovăției manifestată prin imprudență sau neglijență.

DAUNE MORALE: prejudicii de natură nepatrimonială aduse terțelor persoane prin fapte ilicite culpabile, constând în daune aduse personalității fizice sau psihice, prin lezarea unui drept sau interes nepatrimonial, consecințe fără conținut economic și care, prin natura lor, nu pot fi evaluate în bani.

IMPRUDENȚĂ: formă a culpei prin care autorul faptei prevede rezultatul faptei sale, dar nu-l acceptă, socotind fără temei, că el nu se va produce.

NEGLIJENȚĂ: formă a culpei prin care autorul faptei nu prevede rezultatul faptei sale, deși trebuia și putea să îl prevadă.

PIERDERI FINANCIARE DIRECTE/PURE: pierderi financiare care nu sunt urmare a unei vătămări corporale sau a unei pagube materiale.

PIERDERI FINANCIARE INDIRECTE/DE CONSECINȚĂ: pierderi financiare care sunt urmare a unei vătămări corporale sau a unei pagube materiale constând în beneficii sau câștiguri nerealizate, pierderi de profit, pierderea folosinței bunurilor etc.

În plus, pentru polițele în care asiguratul a înscris și familia sunt valabile și următoarele definiții:

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE ASIGURAT: suma de bani maximă pe care asigurătorul o plătește pentru un asigurat, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile asigurate produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite, contractul de asigurare încetează pentru persoana respectivă. În cazul în care suma solicitată cu titlu de indemnizație de asigurare în temeiul contractului depășește această limită, asigurătorul va achita indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe asigurat.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE CONTRACT: suma de bani maximă pe care asigurătorul o plătește cu titlu de indemnizație de asigurare, în baza contractului de asigurare, tuturor persoanelor asigurate incluse în contract, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii evenimentului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin contractul de asigurare:

- asiguratorul va achita indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe contract.
- indemnizația va fi distribuită tuturor persoanelor asigurate, în mod proporțional, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru riscul asigurat respectiv.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE EVENIMENT: suma de bani maximă, stabilită prin contractul de asigurare, pe care asiguratorul o plătește în cazul în care riscul asigurat se produce pentru mai mulți asigurați incluși în poliță, ca urmare a producerii aceluiași eveniment asigurat.

În cazul în care suma solicitată cu titlu de indemnizație de asigurare depășește această limită:

- asiguratorul va achita indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe eveniment;
- indemnizația va fi distribuită tuturor persoanelor pentru care s-a produs riscul asigurat, în mod proporțional, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru riscul asigurat respectiv.

2. RISCURI ASIGURATE – Descriere Pachete de asigurare

PACHETE DE BAZĂ	Pachet de bază A	Pachet de bază B	Pachet de bază C
	10.000 euro	30.000 euro	50.000 euro
1. ASIGURAREA MEDICALĂ			
Asistență medicală de urgență	În limita sumei asigurate	În limita sumei asigurate	În limita sumei asigurate
Repatriere medicală	În limita sumei asigurate	Max. 10.000 euro	Max. 10.000 euro
Repatriere funerară	Max. 5.000 euro	Max. 7.000 euro	Max. 10.000 euro
Tratament dentar de urgență	Max. 300 euro	Max. 300 euro	Max. 300 euro
Cheltuieli suplimentare în cazul spitalizării asiguratului pe o perioadă mai mare de 10 zile:			
· Vizita unei rude	Max. 300 euro	Max. 300 euro	Max. 300 euro
· Repatrierea minorilor	Max. 300 euro	Max. 300 euro	Max. 300 euro
· Convorbiri telefonice de urgență	Max. 50 euro	Max. 50 euro	Max. 50 euro
2. ASIGURAREA DE ACCIDENTE –DECES ȘI INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ	Max. 1.000 euro	Max. 2.000 euro	5.000 euro
3. RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ	-	2.000 euro	5.000 euro
4. ASIGURAREA DOCUMENTELOR – PIERDERE SAU FURT	-	400 euro	400 euro

2.1. Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare pentru riscurile produse în timpul călătoriei în străinătate, pe durata asigurării, pe teritoriile în care asigurarea este valabilă conform mențiunilor cuprinse în polița de asigurare și în limitele pachetului de bază deținut sau a asigurărilor suplimentare pentru care a optat, astfel:

ASIGURAREA MEDICALĂ

2.1.1. ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ, reprezentând:

- diagnosticarea medicală, tratamentul medical ambulatoriu și controlul medical (recomandat de medic și avizat de compania de asistență medicală) efectuat imediat după acordarea asistenței medicale de urgență în scopul examinării stării de sănătate a asiguratului și în lipsa căruia sănătatea sau viața asiguratului sunt puse în pericol;
- medicamentele și materialele auxiliare prescrise de medic, materialele medicale ajutoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale - orteze, corsete și aparate gipsate;
- tratamentul staționar într-un spital sub supravegherea directă a unui medic, folosindu-se exclusiv metode medicale recunoscute și aprobate. Asiguratul are obligația de a se adresa celui mai apropiat spital unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Cheltuielile cu spitalizarea se vor acoperi numai până când starea medicală a asiguratului va permite repatrierea acestuia;
- transportul de urgență al asiguratului efectuat de serviciile de ambulanță până la cel mai apropiat spital, cel mai apropiat medic sau transferul la un alt spital, dacă este recomandat de un medic;
- intervenția chirurgicală de urgență.

2.1.2. REPATRIERE

a) Repatrierea medicală – reprezintă transportul asiguratului în localitatea de domiciliu sau la cel mai apropiat spital din România, țara de cetățenie sau țara de reședință unde poate primi tratamentul recomandat de medic.

Repatrierea medicală a asiguratului aflat în imposibilitatea de a călători singur va fi organizată de compania de asistență medicală.

Momentul repatrierii și modalitatea de transport vor fi stabilite de medicul curant împreună cu echipa medicală a companiei de asistență medicală. Astfel, repatrierea asiguratului poate fi organizată după cum urmează:

- la un spital al cărui profil corespunde cu specificul cazului medical respectiv sau la un spital situat în apropierea domiciliului asiguratului, dacă se impune continuarea acordării asistenței medicale;

- la domiciliul acestuia.

În cazul în care asiguratul nu poate urma recomandarea medicală de repatriere sau repatrierea medicală nu este strict necesară, asigurătorul va plăti o indemnizație de maximum 500 de euro, pe baza documentelor justificative (chitanțe, facturi, bonuri fiscale) pentru transportul asiguratului la domiciliu. Acest tip de repatriere este valabil numai în cazul în care asiguratul a beneficiat de asistență medicală pentru evenimentul asigurat, acest eveniment reprezentând cauza repatrierii, conform condițiilor de asigurare.

b) Repatrierea funerară – reprezintă transportarea corpului neînsuflit al asiguratului la domiciliul (în țara de reședință), incluzând costul sicriului și/sau cheltuieli de înmormântare sau incinerare la locul decesului.

2.1.3. TRATAMENT DENTAR

- tratamentul dentar de urgență (pentru îndepărtarea durerilor acute și a celor cauzate de accidente), inclusiv o eventuală radiografie dentară dacă aceasta este solicitată de medic.

2.1.4. CHELTUIELI SUPLIMENTARE, ÎN CAZUL SPITALIZĂRII ASIGURATULUI PE O PERIOADĂ MAI MARE DE 10 ZILE

a) Decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic, pentru una dintre rude, în cazul deplasării acesteia la asigurat;

b) Repatrierea copiilor asiguratului la domiciliul din România, țara de cetățenie sau de reședință. Cheltuielile de repatriere constau în decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic;

c) Decontarea valorii convorbirilor telefonice urgente efectuate de asigurat cu membrii familiei și cu medicul de familie pe durata spitalizării acestuia.

ASIGURAREA DE ACCIDENTE DE PERSOANE

2.1.5. Prin această asigurare suplimentară, asigurătorul plătește o indemnizație pentru decesul sau invaliditatea permanentă totală ca urmare a unui accident, survenite într-o perioadă de 365/366 de zile calendaristice de la data accidentului produs pe durata asigurării în timpul călătoriei în străinătate. În aceste situații, asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare asiguratului, beneficiarului sau moștenitorilor legali, astfel:

a) în cazul în care asiguratul va deceda ca urmare a accidentului, asigurătorul va plăti beneficiarului sau moștenitorilor legali ai asiguratului (în cazul în care nu a fost desemnat un beneficiar) suma asigurată pentru deces;

b) în cazul în care asiguratul va suferi o invaliditate permanentă totală ca urmare a accidentului ce a avut loc pe durata asigurării, asigurătorul îi va plăti acestuia suma asigurată menționată în polița de asigurare.

2.1.5.1. În cazul invalidității permanente totale ca urmare a unui accident, pentru a fi posibilă plata indemnizației, este necesar ca invaliditatea să fie constatată în termen de cel mult 1 an de la data accidentului.

2.1.5.2. În cazul invalidității permanente totale ca urmare a unui accident, asigurătorul va plăti suma asigurată, menționată în polița de asigurare.

2.1.5.3. Dacă decesul asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenite, aferente acestei asigurări, suma va fi plătită beneficiarului sau moștenitorilor legali ai asiguratului, în cazul în care acesta nu a desemnat un beneficiar.

2.1.5.4. În cazul în care, pentru oricare din riscurile deces din accident sau invaliditate permanentă totală din accident, indemnizația de asigurare a fost plătită anterior de asigurător, în baza prezentului contract, până la limita sumei asigurate, obligațiile de plată ale asigurătorului încetează.

RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

2.1.6. Răspundere civilă individuală – sunt acoperite prejudiciile produse terților - vătămări corporale și/sau daune materiale - pe durata călătoriei în străinătate pe durata asigurării.

În baza prezentului contract de asigurare este acoperită răspunderea civilă a asiguratului ca urmare a unor evenimente produse pe durata asigurării, cu condiția ca:

- persoana păgubită să solicite despăgubirea fie pe durata asigurării, fie în termenul legal de prescripție, iar
- asiguratul să le notifice imediat asigurătorului.

Asigurătorul acordă despăgubiri pentru cheltuieli de judecată făcute în procesul civil și pentru cheltuieli care decurg din răspunderea civilă delictuală a asiguratului, în cazul pagubelor provocate în mod accidental de către acesta terților, în timpul călătoriei, pe durata asigurării.

Pagubele pot consta în:

- producerea de vătămări corporale, în mod accidental, unor terțe persoane, care nu sunt membri ai familiei sau prepuși ai asiguratului, nu sunt însoțitori ai asiguratului pe parcursul călătoriei sau care nu sunt angajați ai asiguratului;

- pierderea sau distrugerea oricărui tip de proprietate care nu aparține, nu este în responsabilitatea și nu este sub controlul asiguratului sau al oricărui membru al familiei acestuia, prepușilor asiguratului, oricărui însoțitor al asiguratului în timpul călătoriei.

Se acordă despăgubiri numai dacă sunt îndeplinite, cumulativ, următoarele condiții:

- a)** prejudiciul suferit de terță persoană să fi fost cauzat de o faptă culpabilă a asiguratului, produsă pe durata de valabilitate a asigurării;
- b)** între fapta culpabilă și prejudiciul produs terței persoane să existe o legătură de cauzalitate;
- c)** prejudiciul să fie indemnizabil, adică să aibă un caracter cert, actual, să fie personal și direct;

Asigurătorul plătește despăgubiri, în limita răspunderii, doar pentru faptele ilicite sau seria de fapte ilicite din culpă în perioada de valabilitate a contractului de asigurare și numai dacă prejudiciile materiale aduse terților s-au produs în durata asigurării.

Răspunderea asumată de asigurător nu va depăși în total pe durata asigurării, în legătură cu toate prejudiciile suferite de terțe persoane, consecințe ale tuturor evenimentelor asigurate produse pe durata asigurării, limita maximă a despăgubirii, prevăzută în poliță.

Asigurătorul este îndreptățit să își exercite orice drept în a-și apăra interesele sau pentru a obține o înțelegere în ceea ce privește un eveniment asigurat. De asemenea, poate să aplice procedurile necesare în numele asiguratului și/sau în beneficiul său, aceste acțiuni desfășurându-se împotriva oricărei părți implicate. Asiguratul trebuie să ofere toate informațiile și ajutorul necesare, pe care asigurătorul le solicită.

Asiguratul are obligația să opună terței persoane toate apărărilor pe care le poate formula și să nu renunțe la niciun drept și la nicio prescripție în favoarea sa. În caz contrar, asigurătorul are dreptul de a nu acorda indemnizația de asigurare dacă prin formularea apărării, exercitarea dreptului sau invocarea prescripției asiguratul nu ar mai fi fost obligat să repare prejudiciul.

ASIGURAREA DOCUMENTELOR

2.1.7. Asigurarea documentelor în cazul pierderii sau al furtului acestora – reprezentând **asistența** oferită asiguratului de compania de asistență și decontarea **cheltuielilor efectuate de asigurat exclusiv** pentru obținerea unui document înlocuitor, necesar întoarcerii în țară, (acte provizorii pe numele asiguratului, precum: cartea sau buletinul de identitate, pașaportul, permisul de conducere, legitimații de călătorie și de serviciu ca urmare a furtului sau a pierderii acestora).

În cazul furtului sau pierderii documentelor enumerate mai sus, indispensabile pentru continuarea călătoriei sau pentru reîntoarcerea în țară, se asigură, după caz:

- consiliere acordată asiguratului de compania de asistență asupra demersurilor ce trebuie efectuate;
- costurile pentru procurarea de documente provizorii, bilete, documente de transport în locul celor pierdute/furate (în limita maximă a sumei asigurate, prevăzută în polița de asigurare);
- costul transportului (o singură călătorie dus-întors) până în localitatea din străinătate în care au fost emise documentele, dacă pentru eliberarea documentelor a fost necesară deplasarea în altă localitate (din străinătate), în baza documentelor justificative;
- contravaloarea taxelor de emisie a documentelor provizorii de identitate emise în locul celor furate/pierdute.

Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, în următoarele condiții cumulate:

- evenimentul asigurat s-a produs în perioada asigurată
- evenimentul asigurat este notificat asigurătorului sau companiei de asistență în termen de 48 de ore de la data producerii
- asiguratul pune la dispoziția asigurătorului documentele originale primite de la autoritățile locale și alte documente justificative.

2.2. ASIGURĂRI SUPLIMENTARE

Asiguratul/contractantul poate opta pentru asigurări suplimentare. În acest caz, acestea sunt menționate în poliță, astfel:

- Asigurarea suplimentară pentru sporturi de sezon,
- Asigurarea suplimentară pentru călătoriile cu avionul (întârzierea/pierderea cursei aeriene, întârzierea/pierderea bagajelor),
- Asigurarea suplimentară privind întreruperea/extinderea călătoriei,
- Asigurarea suplimentară privind asistența rutieră.

3. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

3.1. Pentru persoane fizice care călătoresc în afara granițelor României, ale țării de reședință sau ale țării de domiciliu, contractul de asigurare se încheie înaintea plecării în străinătate. Asigurarea se încheie pentru o perioadă de minimum 3 zile și maximum 365 de zile calendaristice.

3.2. În funcție de scopul călătoriei, contractantul poate opta pentru:

- Turistic;
- Șofer profesionist;
- Business/Studii;
- Muncă/Sportiv profesionist sau participant la competiții/antrenamente.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

4.1. Asigurarea intră în vigoare la data și ora indicată în polița de asigurare, dar nu înainte de plata primei de asigurare și de trecerea frontierei României, a țării de cetățenie sau a țării de reședință.

4.2. Contractul de asigurare încetează la ora 24.00 a datei de expirare înscrise în polița de asigurare, sau odată cu trecerea frontierei în România, țara de cetățenie sau țara de reședință, oricare dintre acestea survine mai repede. În cazul în care pe parcursul valabilității poliței se înregistrează călătorii multiple în străinătate, asigurarea nu produce niciun fel de efecte pentru evenimentele produse pe teritoriul României sau al țării de cetățenie sau de rezidență.

4.3. În cazul în care o îmbolnăvire sau un accident survine în timpul deplasării în străinătate necesită tratament și după încheierea duratei asigurării, asigurătorul va extinde perioada de acoperire a cheltuielilor cu asistența medicală și cu repatrierea, în limita sumei asigurate, cu până la 30 de zile calendaristice. În această situație, asiguratul trebuie să demonstreze că transportul la domiciliul, reședința din România sau țara de cetățenie/rezidență nu a fost posibil.

4.4. Contractul de asigurare încheiat la distanță, prin mijloace electronice, utilizând mediul online, pe o perioadă de cel mult o lună calendaristică, nu poate fi denunțat unilateral de niciuna dintre părți.

4.5. Contractul de asigurare încheiat între persoane prezente sau cel încheiat la distanță având o durată mai mare de o luna calendaristică poate fi denunțat unilateral de părțile contractante cu respectarea unui termen de preaviz de minimum 20 de zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de cealaltă parte.

4.6. În cazul denunțării contractului de către asigurat sau contractant, dacă termenul de preaviz se îndeplinește înainte de data de început a asigurării specificată în poliță, asigurătorul va restitui acestuia prima de asigurare, în urma solicitării sale scrise transmisă anterior datei de început a asigurării.

4.7. În cazul denunțării contractului de asigurat/contractant, după data de început a asigurării specificată în poliță, returnul de primă se va efectua în baza solicitării scrise a asiguratului/contractantului și a dovezii de anulare sau de întrerupere a călătoriei, înainte de data expirării asigurării, numai dacă nu a fost avizat niciun risc asigurat până la acea dată. Astfel, se va plăti diferența de primă rămasă de la data înregistrării actului unilateral de denunțare și până la data de expirare a contractului de asigurare (pro-rata). După data înregistrării declarației unilaterale de denunțare la asigurător, niciun risc produs ulterior nu va mai fi acoperit prin contractul de asigurare.

4.8. Contractul de asigurare încetează și în următoarele cazuri:

- La data decesului asiguratului.
- La data plății întregii indemnizații de asigurare pentru cel puțin un asigurat, conform sumelor asigurate și limitelor de despăgubire.

c) Prin rezilierea de către oricare dintre părți, în condițiile dreptului comun sau prin rezilierea de către asigurător în condițiile art. 5.5.

d) Prin desființarea de drept, în următoarele cazuri:

- riscul asigurat s-a produs înainte ca obligația asigurătorului să înceapă a produce efecte ori producerea acestuia a devenit imposibilă,
sau

- după ce obligația asigurătorului a început să producă efecte, producerea riscului asigurat a devenit imposibilă.

În aceste cazuri, asiguratul/contractantul este îndreptățit să recupereze prima de asigurare achitată proporțional cu perioada rămasă din contractul de asigurare (pro-rata), dar numai în cazurile în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse pe durata asigurării.

5. PRIMA DE ASIGURARE

5.1. Prima de asigurare se plătește pentru perioada solicitată de contractant/asigurat la momentul încheierii poliței de asigurare, conform tarifelor asigurătorului.

5.2. Prima de asigurare va fi plătită anticipat și integral, în numerar, virament bancar sau on-line prin platforma utilizată de broker.

5.3. Plata primei de asigurare este considerată o obligație esențială în prezentul contract.

5.4. Asiguratul/contractantul este răspunzător de plata primelor de asigurare, atât pentru pachetul de bază, cât și pentru eventualele asigurări suplimentare atașate contractului de asigurare, conform modului de plată specificat în polița de asigurare.

În cazul în care asiguratul/contractantul nu achită prima sau rata de primă în întregime sunt aplicabile prevederile art. 5.5. Cuantumul plătit de asigurat nu este purtător de dobândă și va fi restituit la solicitarea contractantului/asiguratului.

5.5. În calitate de plătitor, asiguratul/contractantul va solicita și va păstra dovada plății primei de asigurare. Asiguratul/contractantul trebuie să facă dovada plății primelor de asigurare, a datei plății și a cuantumului acesteia.

6. MODALITATEA ȘI TERMENUL DE PLATĂ A INDEMNIZAȚIILOR

6.1. În caz de producere a riscurilor, asiguratul sau împuternicitul acestuia are obligația:

- să contacteze asigurătorul la numărul de telefon înscris pe polița de asigurare, în maximum 48 de ore de la producerea riscului asigurat; asigurătorul îl va direcționa automat către compania de asistență, în funcție de natura riscului asigurat produs;
- să furnizeze datele din polița de asigurare precum și informații referitoare la evenimentul produs;
- să urmeze indicațiile companiei de asistență medicală/rutieră;
- să prezinte personalului medical polița de asigurare.

6.2. Dacă asiguratul nu respectă obligațiile de mai sus sau indicațiile companiei de asistență, asigurătorul poate să refuze plata indemnizației de asigurare dacă din acest motiv nu a putut stabili cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei.

6.3. Asigurătorul poate achita contravaloarea cheltuielilor medicale, în locul asiguratului, prin intermediul companiei de asistență. În caz contrar, asiguratul va achita direct contravaloarea serviciilor medicale și, apoi, va solicita indemnizația de asigurare corespunzătoare de la asigurător.

6.4. Asigurătorul nu răspunde de întârzierile în executarea serviciilor convenite în caz de greve, explozii, revolte, mișcări populare, restricții de liberă circulație, sabotaje, acte teroriste, război civil sau război, consecințe ale surselor de radioactivitate sau de orice alt caz de forță majoră.

6.5. În cazul în care nu este urmată procedura de la punctul 6.1. și există o justificare pentru nerespectarea ei, asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare după ce asiguratul/beneficiarul:

- va proba legitimitatea de a obține indemnizația de asigurare;
- va preda asigurătorului toată documentația cerută de acesta, în original, în termen de maximum 30 zile calendaristice de la data producerii evenimentului asigurat. Documentele emise într-o limbă străină vor fi însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de asigurat.

ASIGURAREA MEDICALĂ

6.6. În vederea decontării cheltuielilor, notele de plată și chitanțele vor fi însoțite de rapoarte medicale complete ale tratamentului medical. Acestea trebuie să cuprindă:

- numele persoanei tratate;
- cauza și diagnosticul stabilit;
- detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora.

6.7. Rețetele medicale prescrise trebuie să fie însoțite de documentele doveditoare ale plății medicamentelor achiziționate.

6.8. În cazul spitalizării se va prezenta și fișa de externare alături de notele de plată pentru tratamentul administrat.

6.9. Dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a unui accident se va prezenta și actul doveditor al producerii accidentului eliberat de autoritățile competente (dacă este cazul).

6.10. În cazul tratamentului dentar, notele de plată sau chitanțele trebuie să conțină informații privind dinții tratați, tratamentul aplicat și cauza care a determinat necesitatea intervenției.

6.11. În cazul transportului (care nu a fost organizat de compania de asistență) asiguratului la domiciliu, cheltuielile se vor justifica pe baza chitanțelor (biletelor), facturilor, bonurilor fiscale, precum și a indicației scrise a medicului cu precizarea diagnosticului și a necesității, din punct de vedere medical, a efectuării transportului.

6.12. În cazul transportului corpului neînsuflit al asiguratului, cheltuielile se vor justifica pe baza chitanțelor și a certificatului de deces cu indicarea de către medic a cauzelor decesului.

6.13. În acest caz, solicitarea indemnizației de asigurare trebuie transmisă asigurătorului cel mai târziu după 30 de zile calendaristice de la producerea riscului asigurat/întoarcerea în țară.

ASIGURAREA DE ACCIDENTE DE PERSOANE

6.14. În cazul producerii decesului sau invalidității permanente ca urmare a unui accident petrecut în străinătate în perioada de valabilitate a asigurării, pentru avizare se vor depune la asigurător următoarele documente:

- a) formular avizare daună (formular tipizat), completat în întregime, semnat, ștampilat (în cazul contractantului persoană juridică) și datat (în original);
- b) polița de asigurare în vigoare la data accidentului care a condus la decesul asiguratului (original sau copie);
- c) dovada achitării ultimei prime de asigurare;
- d) certificat de deces sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului (copie);
- e) certificat medical constatator al decesului (copie);
- f) documente medicale care să cuprindă diagnosticul și evoluția tuturor afecțiunilor medicale provocate de accidentul care a condus la decesul sau invaliditatea permanentă totală (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.);
- g) proces verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului (copie): declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
- h) acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: act de identitate/pașaport (copie);
- i) alte documente solicitate de asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al indemnizației de deces.

RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

6.15. În cazul pagubelor produse bunurilor, despăgubirile nu pot depăși valoarea acestora la data producerii evenimentului asigurat. Astfel, despăgubirile reprezintă costul reparației, refacerii ori restaurării bunurilor avariate sau costul procurării unor bunuri asemănătoare celor avariate (din punct de vedere tehnic și al vechimii) din care se scade uzura și/sau valoarea resturilor care se pot valorifica.

6.16. În urma producerii evenimentului, asiguratul va prezenta asigurătorului:

- devizul lucrărilor de reparații a pagubelor produse clădirilor sau altor construcții, mașini, instalații, utilaje etc., inclusiv cheltuielile de demontare și montare necesare acestor lucrări;
- proiectul clădirii sau construcției avariate sau distruse;
- inventarul bunurilor existente înainte de producerea evenimentului și al celor rămase după eveniment, precum și gradul de avariere;
- alte acte: procese verbale de recepție, facturi, documente de transport etc.

6.17. Valoarea totală a despăgubirii nu va depăși limita maximă a răspunderii stabilită în contract, indiferent dacă paguba înregistrată este totală sau parțială. În situația în care evenimentul asigurat a produs atât pagube materiale, cât și vătămarea de persoane, prioritară va fi despăgubirea persoanelor vătămăte, în timp ce despăgubirea pagubelor materiale se va efectua până la limita maximă a răspunderii.

6.18. În cazul vătămărilor corporale despăgubirile reprezintă, în limita răspunderii asumate de asigurător, cheltuielile neacoperite de sistemele de asigurare socială, necesare restabilirii sau ameliorării stării de sănătate și efectuate de persoana prejudiciată, precum și pierderile de venit net suferite de persoana respectivă în perioada dintre momentul producerii accidentului și până la refacerea capacității de muncă.

6.19. În cazul decesului despăgubirile vor acoperi, în limita răspunderii asumate de asigurător:

- a) cheltuielile de înmormântare, pe baza înscrisurilor doveditoare;
- b) cheltuielile de transport din localitatea unde a avut loc decesul până la localitatea în care se face înmormântarea. Acestea vor fi justificate prin documente doveditoare.
- c) veniturile nete nerealizate și eventualele alte cheltuieli efectuate în perioada de la data producerii evenimentului asigurat până la data decesului, dacă acestea au fost necesare în urma accidentului;
- d) prestații bănești periodice (pensii de întreținere) acordate celor îndreptățiți, potrivit legii.

6.20. Dacă se stabilește, printr-o hotărâre judecătorească rămasă definitivă, ca despăgubirea să fie achitată sub formă de prestații bănești periodice, asigurătorul va plăti suma stabilită. Dacă ulterior intrării în vigoare a obligațiilor de plată ale asigurătorului și până la epuizarea sumei asigurate starea persoanei vătămăte s-a îmbunătățit sau efectele vătămării au dispărut, iar cuantumul despăgubirii inițiale nu se mai justifică, asigurătorul poate, fie să reducă despăgubirea, fie să înceteze plata acesteia.

ASIGURAREA DOCUMENTELOR

6.21. Asiguratul are obligația de a notifica autoritățile locale în maximum 24 ore de la data producerii sau constatării evenimentului.

ALTE PREVEDERI

6.22. Asigurătorul poate solicita orice alte documente pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al despăgubirii pentru oricare dintre riscurile asigurate produse.

6.23. Asigurătorul are dreptul să rezilieze contractul de asigurare și să refuze plata indemnizației de asigurare dacă solicitarea acesteia este frauduloasă sau în mod evident exagerată, ori contractul are la bază declarații false.

6.24. Începerea procedurii de stabilire și evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a indemnizației de asigurare.

6.25. Plata indemnizației de asigurare către asigurat sau beneficiarii lui se va face în LEI, la cursul de schimb BNR al zilei în care s-a emis chitanța sau nota de plată, după cel mult 15 zile calendaristice de la data depunerii ultimului document solicitat de asigurător sau de compania de asistență medicală, după caz.

7. EXCLUDERI

7.1 Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare pentru cheltuieli determinate de:

În cazul ASIGURĂRII MEDICALE și a ASIGURĂRII DE ACCIDENTE DE PERSOANE

- a) orice condiție pre-existentă, cu excepția situațiilor în care asiguratul beneficiază de un prim serviciu care:
- constă în măsuri de urgență medicală, destinate salvării vieții asiguratului sau calmării durerilor acute, în limita sumei de 500 euro,
 - este organizat exclusiv de compania de asistență. În cazul în care asiguratul se află în imposibilitatea apelării companiei de asistență, iar riscul asigurat se produce din cauza unei condiții pre-existente, se va plăti o indemnizație de maximum 500 euro, pe baza documentelor justificative prezentate asigurătorului la întoarcerea în țară.
- Pentru asigurații cu vârsta mai mare de 75 ani excepția de mai sus nu se aplică, fiind excluse orice servicii medicale utilizate ca urmare a unor condiții pre-existente.
- b) consultația, investigația medicală, tratamentul determinat de boli sau accidente care sunt în legătură directă sau indirectă, total sau parțial cu:
- evenimente de război de orice fel (declarat sau nu), revolte, rebeliuni, revoluții, acte de terorism, evenimente militare, tulburări civile;
 - acte de violență petrecute cu prilejul unei adunări publice, demonstrații sau orice acțiuni întreprinse pentru a preveni, controla sau suprima unul dintre evenimentele enumerate mai sus;
- c) îmbolnăvirea sau accidentarea produsă în urma participării asiguratului la:
- orice tip de sport de sezon, cu excepția cazului în care contractantul a optat pentru asigurarea suplimentară "Sporturi de sezon"
 - sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, parașutismul, planorismul, zborul cu parapanta, acrobația, cascadoria, deltaplanorism, bungee-jumping, scufundări libere la adâncime mai mare de 30 m sau sub strat de gheață, vânătoare, speologie, bobsleigh, sanie, off-road. Enumerarea de mai sus nu este limitativă și nici exhaustivă;
- d) asistența medicală acordată în cazul comiterii cu intenție sau încercării de a comite, de către asigurat a unor acțiuni violente sau pedepsite de legea penală în țara în care a avut loc evenimentul;
- e) asistența medicală acordată în cazul îmbolnăvirilor și/sau accidentelor ca urmare a consumului de alcool, droguri, medicamente nerecomandate de medic;
- f) sinucidere, asistență medicală în cazul tentativei de sinucidere, vătămarilor sau îmbolnăvirilor produse prin acțiunea proprie;
- g) îndepărtarea defectelor fizice (tratamente cosmetice, operații estetice etc.) și a anomaliilor congenitale;
- h) consultația, investigația medicală, tratamentul pentru orice afecțiune psihiatrică, psihoterapeutică sau neurologică;
- i) recuperare, convalescență și fizioterapie;
- j) asistența medicală pentru graviditate, naștere, avortul (inclusiv avort terapeutic), examinarea și tratamentul împotriva sterilității, precum și fecundarea artificială. Se vor plăti numai cheltuielile medicale de urgență în scopul salvării vieții mamei și/sau copilului, în limita maximă de 500 euro numai dacă primul serviciu este organizat exclusiv de compania de asistență medicală;
- k) tratarea bolilor cu transmitere sexuală, a infecției cu HIV, SIDA și consecințele acestora;
- l) asistența medicală acordată de rudele asiguratului;
- m) asistența medicală acordată de homeopați, medici naturaliști, proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
- n) transplantul de organe;
- o) achiziționarea, repararea de: ochelari, lentile de contact, proteze auditive, proteze dentare, proteze ale membrilor, scaune/cărucioare invalizi;
- p) vaccinări și complicațiile acestora;
- q) controalele medicale de rutină;
- r) asistența medicală acordată asiguratului în cazul infestării radioactive ca urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear sau explozie atomică;
- s) asistența medicală datorată unei epidemii sau pandemii recunoscută oficial în țara/țările în care călătorește asiguratul;
- t) călătoriile în scopul obținerii unor tratamente, îngrijiri, intervenții chirurgicale considerate cereri abuzive;
- u) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei;
- v) refuzul asiguratului de a urma recomandarea medicului de repatriere medicală;
- w) zborul în calitate de pasager, pilot sau membru al echipajului unui aparat de zbor, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane;
- x) vizita într-o țară în care există o situație de forță majoră;
- y) orice eveniment asigurat produs pe teritoriul României, țării de cetățenie sau de reședință, excepție făcând cele pentru care este acoperit și le-a achiziționat prin asigurări suplimentare;
- 7.2.** Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cazul refuzului asiguratului de a respecta instrucțiunile echipei medicale, acest lucru ducând la pierderea dreptului la serviciile garantate prin polița de asigurare și implicit pierderea drepturilor sale în calitate de asigurat.
- 7.3.** Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cazul în care asiguratul a necesitat asistență medicală ca urmare a:
- a) desfășurării unor activități cu caracter militar în străinătate;
 - b) oricăror activități sportive neacoperite prin prezenta asigurare cu excepția cazurilor în care acest lucru a fost specificat expres în polița de asigurare și cu condiția plății unei prime suplimentare.
- 7.4.** Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cazul în care asiguratul a avut un accident rezultat din practicarea oricărui sport cu titlu de profesionist sau în cadrul unor competiții, manifestări sau antrenamente, exceptând cazul în care contractantul a optat pentru scopul "sport profesionist, competiții/antrenamente".

ASIGURAREA DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

7.5. Asigurătorul nu va plăti indemnizația asigurării de răspundere civilă legală individuală pentru:

- răspunderea asiguratului față de terți care se declanșează ca urmare sau în legătură cu un act deliberat sau criminal;

- răspunderea pentru daune provocate terților de membrii familiei asiguratului, rude până la gradul IV ale acestuia, prepuși sau salariați ai acestuia;
- răspunderea pentru daune provocate de asigurat membrilor familiei sale, rudelor de până la gradul IV, prepușilor sau salariaților săi;
- răspunderea pentru daune provocate terților de animale ale asiguratului;
- prejudicii de care e responsabil asiguratul și au legătură cu:
 - a) orice autovehicul sau vehicul (inclusiv remorca trasă de acesta), înmatriculat, înmatriculabil sau nu,
 - b) orice utilaj de construcții sau agricol,
 - c) orice ambarcațiune, navă, hidroglisor, alte instalații sau echipamente plutitoare,
 - d) orice aeronavă, planor, avion sau alte mijloace similare indiferent dacă asiguratul este proprietar, l-a închiriat, împrumutat, utilizat, condus sau pilotat.
- răspunderea pentru daune cauzate terților rezultând din organizarea, pregătirea sau participarea la o competiție organizată de o federație sportivă, indiferent dacă aceasta este sau nu autorizată și asigurată sub efectul legii;
- răspunderea pentru daune provocate terților în cursul desfășurării de activități profesionale sau în cursul participării la o activitate organizată de o asociație profesională, instituție sau colectivitate;
- răspunderea civilă profesională și/sau contractuală;
- răspunderea civilă ce ar putea surveni urmare a unui incendiu, explozii sau a unei deversări/revărsări de ape;
- amenzi contravenționale, penale sau de orice altă natură;
- orice situație care este o consecință a răspunderii pe care asiguratul o are ca rezultat al unei înțelegeri făcute de acesta cu persoana prejudiciată, răspundere care nu s-ar aplica în cazul absenței înțelegerii respective;
- răspunderea pentru prejudicii apărute ca urmare a infestării cu și/sau răspândirii oricăror boli contagioase;
- răspunderea pentru daune produse terților sub influența consumului de alcool, al substanțelor ilegale sau substanțelor narcotice sau medicamentelor care nu au fost prescrise, în prealabil, de vreo autoritate medicală;
- răspunderea pentru prejudicii apărute ca urmare a desfășurării de competiții, competiții sportive sau sporturi extreme precum vânatoare, automobilism, motociclism, alpinism, box, polo, parașutism, deltaplanorism sau scufundări subacvatice folosind un dispozitiv pentru respirație subacvatică;
- orice răspundere de natură contractuală sau în legătură cu orice contract;
- răspunderea pentru daune apărute ca urmare a participării asiguratului la demonstrații de stradă, tulburări civile, greve, manifestații ilegale sau acte de terorism.
- răspunderea pentru daune produse terților ca rezultat al:
 - deținerii sau utilizării unui avion, unor vehicule tractate de cai sau mecanice/motorizate, biciclete, vase maritime (altele decât bărci cu rame, pontoane sau canoe), animale sau arme de foc;
 - ocupării sau deținerii în proprietate de teren sau clădiri. Excepție face cazarea temporară efectuată în scopul călătoriei.
 - desfășurării unei activități comerciale, exercitării unei profesii, prestării unei munci manuale sau a unei ocupații întâmplătoare;
- răspunderea în calitate de angajator sau sub incidența oricărui alt contract sau oricărei polițe de asigurare;
- răspunderea pentru daune morale;
- pierderi financiare de consecință (indirecte);
- pierderi financiare pure;
- amenzi și/sau penalități de orice tip, inclusiv despăgubiri cu caracter punitiv.

ASIGURAREA DOCUMENTELOR

7.6. Asiguratorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cadrul asigurării documentelor pentru:

- a) producerea riscului asigurat cu intenție sau înșelăciune din partea asiguratului și/sau din partea unui apropiat al său (soț/soție, părinți, bunici, copii);
- b) orice alt document care nu este menționat la art. 2.2.5;
- c) documentele lăsate în custodia unei persoane care nu are o responsabilitate oficială în a păstra proprietatea asiguratului;
- d) documentele furate dintr-un vehicul nesupravegheat, când nu există o dovadă concludentă a unei intrări cu forța și într-un mod violent în vehicul (furt fără efracție) cu excepția situației în care documentele au fost încuiate în torpedoul sau în portbagajul vehiculului, acestea nefiind vizibile din exteriorul vehiculului;
- e) cazurile în care asiguratul nu solicită un raport scris din partea autorităților locale în max. 24 ore de la constatarea pierderii sau furtului de documente;
- f) cheltuielile suplimentare efectuate de asigurat din cauza producerii riscului asigurat (ex. bilet de avion, cheltuieli de cazare etc.)

8. RESPONSABILITĂȚILE CONTRACTANTULUI ȘI ALE ASIGURATULUI

8.1. Asiguratul este obligat să anunțe asiguratorul la producerea riscului asigurat conform art. 6.1.

8.2. Asiguratul este obligat să furnizeze asiguratorului toate datele și documentele necesare stabilirii cuantumului indemnizației de asigurare. Asiguratul va trebui să dovedească în mod expres data reală de începere a călătoriei.

8.3. Prin prezentele condiții, asiguratul împuternicește asiguratorul să obțină de la medicii curanți datele privind istoricul medical, starea de

sănătate și tratamentul aplicat, dezlegându-i de secretul profesional.

8.4. Asiguratul, rudele sale sau reprezentanții legali, trebuie să consimtă la examinarea medicală a asiguratului de medicii agreați de asigurător.

8.5. Asiguratul este obligat să se informeze despre vaccinurile obligatorii pentru zona în care urmează să călătorească, precum și cele recomandate ca necesare de autoritățile locale și să le efectueze.

8.6. În cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 8.1-8.5, asigurătorul poate să refuze plata indemnizației de asigurare dacă nu a putut stabili cauza producerii riscului asigurat și/sau întinderea pagubei.

8.7. Contractantul se obligă să comunice tuturor persoanelor asigurate prevederile condițiilor contractuale generale și ale condițiilor contractuale specifice aferente fiecărei asigurări și ale oricăror alte prevederi agreeate între părți pe toată durata contractului de asigurare.

RESPONSABILITĂȚILE CONTRACTANTULUI ȘI ALE ASIGURATULUI în cazul ASIGURĂRII DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

8.8. Să ia toate măsurile necesare pentru a preveni producerea pagubelor și pentru a limita nivelul acestora, în conformitate cu prevederile legale.

8.9. Asiguratul trebuie să comunice asigurătorului dacă există și alte polițe care acoperă aceeași răspundere, la asigurători diferiți, în cazul producerii evenimentului asigurat. De asemenea, asiguratul trebuie să declare numele celorlalți asigurători, fiecare asigurător fiind obligat la plată proporțional cu limita de răspundere/suma asigurată și până la concurența acesteia, fără ca asiguratul să poată încasa o despăgubire mai mare decât prejudiciul efectiv, consecință directă a riscului acoperit.

8.10. La producerea riscului să ia, în cadrul limitei la care s-a făcut asigurarea, potrivit cu împrejurările, măsuri pentru limitarea pagubelor.

8.11. Să înștiințeze imediat, în cazul producerii unor evenimente asigurate, autoritățile competente și să le solicite întocmirea de acte cu privire la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat.

8.12. Să conserve locul producerii evenimentului, să păstreze părțile afectate și să le pună la dispoziția reprezentanților sau experților asigurătorului pentru constatare.

8.13. Să furnizeze toate informațiile, datele, istoricul, actele și documentele solicitate de asigurător și să permită acestuia să facă investigații referitoare la cauza și mărimea pagubei.

8.14. Să comunice asigurătorului, în scris, pretențiile formulate de cei păgubiți și să depună orice acte primite în legătură cu producerea evenimentului asigurat.

8.15. Să nu facă nicio ofertă, promisiune sau plată, fără acordul scris al asigurătorului. În caz contrar, acestea nu vor fi opozabile asigurătorului.

8.16. Să se aplece în proces ținând seama și de eventualele recomandări ale asigurătorului, inclusiv în ceea ce privește angajarea unui apărător atât în primă instanță, cât și în căile de atac. Asigurătorul poate folosi și calea intervenției, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, pentru o mai bună apărare a intereselor asiguratului.

8.17. Asiguratul este obligat să conserve dreptul de regres al asigurătorului împotriva celor vinovați de producerea daunei.

8.18. Dacă asiguratul nu respectă obligațiile de mai sus (8.8 -8.17), iar asigurătorul nu a putut determina cauzele care au generat evenimentul asigurat sau cuantumul despăgubirii, aceasta are dreptul de a refuza plata despăgubirii.

8.19. Să nu renunțe la niciun drept și la nicio prescripție pe care o poate invoca în favoarea sa în raporturile cu terți prejudiciați.

9. MODIFICĂRI ALE CONTRACTULUI DE ASIGURARE

Solicitarea de modificare a contractului de asigurare se poate efectua în perioada de valabilitate a acestuia, prin transmiterea de către contractant a cererii de modificare care constă în:

- a. schimbarea numelui contractantului sau asiguratului, în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești; polița cu modificările efectuate va fi transmisă asiguratului sau contractantului, în urma solicitării scrise a acestuia, la adresa de corespondență;
- b. schimbarea adresei de corespondență, număr de telefon, adresa de mail a contractantului sau a asiguratului;

10. CORESPONDENȚA

10.1. Documentele ce au fost trimise asigurătorului, în vederea încheierii contractului de asigurare sau ulterior intrării lui în vigoare, au valoare juridică numai dacă au fost prezentate în formă scrisă semnate și datate și au fost înregistrate de asigurător.

Toate solicitările contractantului sau asiguratului sunt valabile începând cu data la care sunt înregistrate și acceptate de asigurător. Formularele tipizate trebuie completate în totalitate și semnate de reprezentantul legal sau împuternicitul asiguratului/contractantului și, dacă este cazul, să aibă aplicată ștampila firmei.

10.2. Adresa de corespondență a contractantului și asiguratului trebuie să fie pe teritoriul României.

10.3. În cazul în care asiguratul sau contractantul își va schimba adresa de corespondență fără a înștiința în scris asigurătorul, toată corespondența transmisă la ultima adresă comunicată de acesta va fi considerată valabilă și pe deplin opozabilă acestuia.

10.4. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că partea destinatară și-a schimbat adresa de notificare, fără să comunice acest lucru celeilalte părți sau în cazul refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la adresa de corespondență sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau refuzul de a primi notificarea.

Orice altă modalitate de comunicare (fax, e-mail, etc.) se va lua în considerare numai în măsura în care primirea este confirmată de către cealaltă parte, respectiv de către destinatarul comunicării.

11. CHELTUIELI

11.1. Tarifele și comisioanele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de contractant/asigurat. Tarifele și comisioanele care se referă la plata indemnizațiilor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de cei îndreptățiți să le primească (în absența unei dispoziții legale contrarii).

11.2. Taxele și tarifele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de asigurător în vederea încheierii sau modificării contractului de asigurare sau a plății indemnizației de asigurare vor fi suportate de contractant/asigurat/beneficiar.

12. TERITORIALITATE

Asigurarea este valabilă conform solicitării menționate în polița de asigurare, astfel:

- în Europa inclusiv Federația Rusă, Turcia și teritoriile de pe alte continente ale țărilor europene sau
- întreaga lume inclusiv S.U.A. și Canada, sau
- întreaga lume exclusiv S.U.A. și Canada,

exceptând granițele teritoriale ale României, ale țării de cetățenie sau țării de reședință a asiguratului.

În cazul achiziționării Pachetului A, asigurarea este valabilă doar în Europa.

13. PREVEDERI FINALE

13.1. Condițiile acestei asigurări se completează cu dispozițiile legale în materie, în măsura în care nu sunt reglementate prin prezentul contract.

13.2. Neînțelegerile izvorâte din interpretarea și executarea contractului de asigurare se vor soluționa pe cale amiabilă, iar în situația în care acest lucru nu mai este posibil, litigiul se va soluționa de instanțele de judecată competente în România.

13.3. LEGEA APLICABILĂ este legea română, iar contractul de asigurare va fi guvernat de legislația din România.

13.4. Dacă este necesar pentru scopul și natura contractului de asigurare, există posibilitatea ca părțile contractante să introducă, de comun acord, prevederi diferite de cele menționate în prezentele condiții de asigurare, acestea trebuind să fie în acord cu legislația în vigoare.

13.5. În cazul constatării insolvenței asiguratului, asiguratul/beneficiarul se poate adresa Fondului de garantare, conform prevederilor legii nr. 213/2015.

13.6. Soluționarea petițiilor:

În situația în care asiguratul/beneficiarul menționat în polița de asigurare este nemulțumit de modul de încheiere, executare sau încetare a contractului de asigurare, acesta poate formula o petiție în vederea soluționării amiabile a situației.

Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:

- în scris, prin depunerea reclamației la sediul central sau în agențiile teritoriale ale asiguratului;
- prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier ;
- prin fax sau telefonic, apelând Centrul de Relații Clienți Alo Groupama la numărul 0374 110 110 ;
- prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresa de e-mail sesizari.clienti@groupama.ro;

Groupama Asigurari va răspunde cu privire la toate aspectele menționate în petiție în termen de cel mult 30 zile de la data înregistrării acesteia, printr-o adresă scrisă, comunicată pe adresa petentului.

Totodată, asiguratul/beneficiarul are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară.

Formularea unei petiții de către asigurat/beneficiar nu aduce atingere dreptului acestuia de a sesiza instanțele de judecată competente.

13.7. Soluționare alternativă a litigiilor. În cazul apariției unor eventuale dispute între părțile contractului de asigurare, ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, asiguratul/contractantul/beneficiarul persoană fizică, în calitate de consumator, poate apela la soluționarea alternativă a litigiului în conformitate cu prevederile Regulamentului A.S.F. nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale O.G. nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți.

Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, asiguratul/contractantul/beneficiarul trebuie să se adreseze către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>. Aceste demersuri nu îngreșesc dreptul asiguratului/contractantului/beneficiarului de a formula reclamații la adresa asiguratului și de a se adresa instanțelor de judecată competente.

13.8. În cazul contractelor de asigurare încheiate online, consumatorii au posibilitatea de a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor prin intermediul platformei europene de soluționare online a litigiilor (platforma SOL). Platforma SOL este un instrument digital creat de Comisia Europeană pentru a facilita soluționarea independentă, imparțială, transparentă, eficientă, rapidă și echitabilă, pe cale extrajudiciară, a litigiilor care privesc obligațiile contractuale rezultate din contractele de vânzare sau de prestare de servicii online dintre un consumator care își are reședința în Uniune și un comerciant stabilit în Uniune, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 524/2013 al Parlamentului European și al Consiliului din 21 mai 2013 privind soluționarea online a litigiilor în materie de consum și de modificare a Regulamentului (CE) nr. 2.006/2004 și a Directivei 2009/22/CE (Regulament privind SOL în materie de consum). Platforma SOL poate fi accesată la următoarea adresă: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show> .

13.9. Asiguratul va prelucra datele cu caracter personal ale asiguratului în scopul executării și administrării contractului de asigurare, îndeplinirii obligațiilor legale și realizării intereselor sale legitime, în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Asiguratul are dreptul de acces la date, de intervenție asupra datelor, de opoziție, de a nu fi supus unei decizii individuale și de a se adresa justiției.

13.10. Asiguratul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o sancțiune, o interdicție sau o restricție prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite și/sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea

Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.

13.11. Sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către asigurat/contractant prin semnarea poliței de asigurare următoarele articole:

2.1.1 litera c) teza finală, art. 2.1.2 paragraful final, art. 2.1.5.4, art. 2.1.6 alin. final, art. 4.5., art. 6.2., art. 6.4., art. 7 integral (7.1. – 7.6.), art. 8.6., art.8.18., art. 13.3., art. 13.9. din prezentele condiții generale de asigurare.