

Condiții de asigurare pentru asigurarea de călătorie în străinătate VOIAJ

INTRODUCERE

- Allianz-Țiriac Asigurări S.A. asigură persoane fizice pentru riscurile expres prevăzute în poliță și în condițiile de asigurare.
- Condițiile de asigurare, împreună cu polița și toate documentele semnate sau acceptate prin mijloace on-line de către Asigurat la solicitarea Asigurătorului, precum și toate documentele emise de Asigurător, în format fizic pe hârtie sau electronic, în legătură cu prezenta asigurare, sunt parte integrantă a contractului de asigurare.

DEFINIȚII

- În cuprinsul prezentelor condiții, se adoptă următoarele definiții:

Accident: eveniment subit, provenit din afară, violent și produs fără voința Asiguratului.

Act de terorism: ansamblul de acțiuni și/sau amenințări care reprezintă pericol public și afectează securitatea națională, astfel cum sunt clasificate de legislația în vigoare.

Activitate lucrativă: orice acțiune ocupațională, educațională, culturală și/sau sportivă (altele decât sportul de agrement) desfășurată de Asigurat pe perioada călătoriei în străinătate și care nu este considerată periculoasă conform excluderilor din prezentele condiții contractuale.

Afecțiune acută: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție rapidă care, în urma unui tratament adecvat pe termen scurt, duce la reîntoarcerea la starea de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

Afecțiune/vătămare/condiție medicală pre-existentă: o leziune, boală sau consecințele acestora, precum și orice manifestare patologică sau de natură medicală rezultată în urma unei boli sau a unui accident survenite anterior datei de intrare în vigoare a riscului asigurat, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, pentru care Asiguratul:

- a fost diagnosticat, sau
- a solicitat, a primit sau a urmat tratament sau servicii medicale, sau
- știa de existența acesteia, sau
- a prezentat semne/simptome/manifestări obiective ce au fost consemnate în documente medicale eliberate de medic sau de o unitate medicală.

Asigurător: Allianz-Țiriac Asigurări S.A., numărul de ordine în Registrul asigurătorilor, reasigurătorilor și intermediarilor în asigurări și/sau în reasigurări RA-017.

Asigurat: persoana fizică, nominalizată în polița de asigurare, asigurată, în baza contractului de asigurare, pentru riscurile prevăzute în prezentele condiții de asigurare.

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 un medic conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice.

Boală cronică: afecțiune medicală care are cel puțin una din următoarele caracteristici:

- este expresia unor modificări fiziopatologice și/sau anatomopatologice ireversibile;
- manifestările clinice și/sau paraclinice sunt prezente timp de cel puțin trei luni consecutiv;
- este incurabilă, deși manifestările clinice și/sau paraclinice pot fi absente pe perioade variabile;
- evoluția este progresivă, cu sau fără tratament;
- evoluția este regresivă, dar există potențial permanent de recădere/recidivă/agravare/complicații;
- necesită supraveghere medicală și/sau intervenție terapeutică constantă.

Cheltuieli medicale: sunt considerate următoarele categorii de cheltuieli, pentru:

- tratamentul ambulatoriu al Asiguratului: sunt acoperite costurile aferente tratamentului, ca urmare a unei urgențe medicale sau a unui accident, pentru un interval de maxim 15 zile calendaristice de la producerea riscului asigurat;
- medicamente și materiale sanitare prescrise de medic, cu excepția protezelor; este acoperită medicația ca urmare a unei urgențe medicale sau a unui accident, pentru un interval de maxim 15 zile calendaristice de la data producerii riscului asigurat;
- proceduri de diagnosticare stabilite de medic;
- spitalizare, în măsura în care aceasta are loc într-un spital, se face sub supravegherea directă a unui medic, având la dispoziția sa facilități suficiente de diagnosticare și terapie și se desfășoară numai conform metodelor recunoscute din punct de vedere științific și testate clinic în cea țară. În acest scop trebuie folosit spitalul din localitatea în care se află Asiguratul sau spitalul din localitatea cea mai apropiată, unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Asigurătorul își rezervă dreptul de a acoperi costurile tratamentului în condiții de spitalizare numai până când starea medicală a Asiguratului permite repatrierea pentru continuarea tratamentului adecvat în România sau în țara de rezidență;
- intervenții chirurgicale de urgență;
- tratament stomatologic de urgență, dar numai pentru calmarea durerilor acute, pentru maximum doi dinți și în limita a 150 Euro pentru un dinte tratat;
- cheltuieli pentru transportul efectuat de serviciile de ambulanță, până la cel mai apropiat spital sau la cel mai apropiat medic;
- cheltuieli pentru transferul și tratamentul la o clinică de specialitate, dacă acesta este solicitat de medicul curant.

Cheltuieli de repatriere: sunt considerate următoarele categorii de cheltuieli, pentru:

- repatrierea medicală;
- repatrierea corpului neînsuflit, inclusiv cheltuielile efectuate pentru obținerea autorizației de repatriere.

Compania de asistență: societate indicată în poliță, împuternicită să reprezinte S.C. Allianz Țiriac Asigurări S.A. în afara granițelor României în scopul oferirii de asistență Asiguratului în cazul producerii unui risc asigurat.

Contractant: persoana fizică care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul și în această calitate, are drepturile și obligațiile specificate în condițiile de asigurare.

Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare: data înscrisă în poliță de la care începe răspunderea Asigurătorului.

Data de maturitate a contractului de asigurare: data înscrisă în poliță la care contractul expiră.

Data de reziliere a contractului de asigurare: data începând de la care răspunderea Asigurătorului pentru riscurile survenite ulterior încetează.

Forță majoră: în sensul prezentului contract, termenul forță majoră înseamnă un eveniment imprevizibil și insurmontabil, independent de orice control al părții implicate și care generează imposibilitatea temporară sau definitivă de executare parțială ori totală a obligațiilor și care constituie sau este de natura unuia sau mai multora dintre evenimentele care urmează: catastrofe naturale, incendii, inundații, explozii, fulgere, tornade, cutremure, alunecări de teren, epidemii, război, război civil, blocade, insurecții, sabotaj, acte de terorism, tulburări civile, stare de necesitate, stare de urgență.

Indemnizație de asigurare: suma de bani plătită de către Asigurător Asiguratului, în cazul producerii unui risc asigurat prin contractul de asigurare.

Invaliditate permanentă: vătămare corporală suferită de Asigurat, nesusceptibilă de ameliorări, menționată în Tabelul 1.

Intermediar: reprezentant de vânzări, persoană fizică sau juridică, autorizat să desfășoare activitatea de intermediere de asigurări conform reglementărilor legale în vigoare care, în baza unui contract de agent/broker cu Asigurătorul are drepturi și atribuții privind încheierea/gestionarea contractului de asigurare.

Poliță: înscrisul constatator al încheierii contractului de asigurare.

Prejudicii provocate de Asigurat terțului păgubit: sunt considerate prejudicii următoarele categorii de cheltuieli:

a) sumele pe care Asiguratul, persoană fizică, este obligat să le plătească terțelor persoane prejudiciate, cu titlu de daune materiale ca urmare a producerii din culpa proprie, de vătămări corporale și/sau pagube de bunuri;

b) cheltuielile făcute de Asigurat, în procesul civil (cheltuieli de judecată necesare pentru buna desfășurare a justiției și încuviințate de instanță) dacă a fost obligat la plata despăgubirilor;

c) cheltuielile de judecată făcute de cel prejudiciat pentru îndeplinirea formalităților legale în vederea obligării Asiguratului la plata despăgubirilor, dacă Asiguratul a fost obligat prin hotărâre judecătorească la plata acestora.

Prima contractuală: suma de bani unică datorată de către Contractant Asiguratului în schimbul preluării riscului asigurat.

Puseu acut al unei boli cronice și/sau al unei afecțiuni pre-existente: agravarea bruscă a simptomatologiei unei boli cronice sau a unei afecțiuni pre-existente sau apariția unor semne/simptome severe noi, care impun intervenția medicală în scopul prevenirii decesului/leziunilor organice/decompensărilor funcționale ireversibile.

Repatriere medicală: transportul Asiguratului efectuat în condiții speciale din străinătate, la spitalul cel mai apropiat de domiciliul său, care poate oferi tratamentul medical adecvat, precum și transportul unui cadru medical însoțitor, în cazul în care cele de mai sus sunt recomandate de medic. În cazul în care Asiguratul este imobilizat și necesită condiții speciale de transport din punct de vedere medical, se consideră repatriere medicală transportul din străinătate până în România sau țara de rezidență.

Repatrierea corpului neînsuflețit: aducerea în România sau în țara de rezidență a corpului neînsuflețit al Asiguratului, ca urmare a decesului survenit în urma producerii unui risc asigurat în perioada de valabilitate a poliței de asigurare.

Sport de agrement: activitate sportivă cu grad redus de risc, practică ocazional de către Asigurat pe perioada călătoriei în străinătate în scop recreativ, dacă este exercitată:

a) folosind echipamente/dotări corespunzătoare închiriate de la un operator autorizat sau altele similar acestora,

b) într-un perimetru în care funcționează o ofertă a unui operator autorizat pentru asistență în practicarea respectivei activități la nivel amator prin închiriere de echipamente/dotări și/sau însoțire în practicarea activității sportive incluzând, dar fără a se limita la: călărie, patinaj, ciclism montan, ascensiuni montane (până la 3.000 m), schi, ski-bobbing, snowboard, schi nautic, surfing, wind-surfing, parascending, navigație, iahting, rafting, canoe, caiac, scuba diving, carting.

Suma asigurată: valoare indicată în documentele contractuale, care reprezintă limita maximă de despăgubire în cazul producerii riscului asigurat.

Tarif standard: prima contractuală pe care trebuie să o plătească Contractantul în schimbul asigurării pentru riscurile menționate în documentele contractuale, fără a fi acoperită practicarea sporturilor de agrement și/sau a unei activități lucrative.

Tarif cu sport de agrement/activitate lucrativă prestată în străinătate: prima contractuală posibil majorată față de tariful standard pe care trebuie să o plătească Contractantul, în schimbul asigurării pentru riscurile menționate în documentele contractuale, cu acoperirea inclusiv a practicării sporturilor de agrement și/sau a unei activități lucrative.

Terț prejudiciat: persoana îndreptățită să primească indemnizația de asigurare pentru prejudiciul suferit ca urmare a angajării răspunderii civile a Asiguratului.

Țara de rezidență: țara în care Asiguratul are domiciliul și/sau reședința permanentă și în care va fi repatriat.

Urgență medicală: o vătămare corporală sau o afecțiune acută ce presupune un risc imediat pentru viața persoanei sau care afectează sănătatea acesteia pe termen lung și care necesită îngrijiri medicale imediate.

ÎNCEPUTUL RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

4. Răspunderea Asiguratului începe la data menționată în poliță ca fiind data începerii perioadei de valabilitate a contractului de asigurare, dar nu înainte de trecerea frontierei de stat a României pentru efectuarea călătoriei în străinătate și a efectuării plății primei contractuale.

5. Dacă la momentul încheierii contractului de asigurare, Asiguratul nu se află pe teritoriul României, răspunderea Asiguratului începe după 7 zile calendaristice, calculate din ziua următoare emiterii poliței și efectuării plății primei de asigurare.

6. În cazul în care data de intrare în vigoare a contractului de asigurare corespunde cu data plecării în străinătate, contractul de asigurare va intra în vigoare după 2 ore de la momentul emiterii poliței.

ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

7. Contractantul poliței este Asiguratul, cu excepția minorilor, pentru care reprezentatul lor legal este Contractantul.

8. Poate fi asigurată orice persoană a cărei vârstă la data încheierii asigurării este cuprinsă între 0 și 70 de ani. În sensul prezentelor condiții se ia în calcul vârsta în ani împliniți la data încheierii contractului de asigurare.

9. Polița de asigurare va fi emisă numai după achitarea integrală a primei contractuale.

10. Contractul de asigurare se încheie pentru o perioadă de minim 2 zile și maxim 365 de zile, în funcție de opțiunea Asiguratului/Contractantului care este menționată în poliță. Contractul de asigurare nu oferă acoperire pentru călătoriile începute înainte de data încheierii sale.

RISCURI ASIGURATE

11. În perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asiguratul oferă acoperire pentru Asigurarea Medicală.

12. Suplimentar față de Asigurarea Medicală, Asiguratul/Contractantul poate opta pentru oricare combinație din următoarele Asigurări, în schimbul achitării unei prime suplimentare:

a) Asigurarea de Accidente Persoane

b) Asigurarea Bagajelor

c) Asigurarea de Răspundere Civilă față de terți.

Opțiunea Asiguratului/Contractantului trebuie comunicată Asiguratului înainte de încheierea contractului de asigurare și este menționată în poliță.

13. Prin **Asigurarea Medicală**, Asiguratul rambursează contravaloarea:

a) cheltuielilor medicale efectuate exclusiv ca urmare a unei urgențe medicale suferite de Asigurat pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare în care acesta se află în străinătate,

b) cheltuielilor de repatriere efectuate exclusiv ca urmare:

1. a unei urgențe medicale suferite de Asigurat pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare în care acesta se află în străinătate sau,

2. a decesului Asiguratului, survenit în urma producerii unui accident sau a unei îmbolnăviri neașteptate, în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, în timpul călătoriei în afara granițelor teritoriale ale României, și atestat prin certificatul constatator al decesului, eliberat de organul competent.

14. Prin Asigurarea de Accidente, Asigurătorul acoperă:

a) decesul Asiguratului în perioada de valabilitate a contractului de asigurare ca urmare a unui accident produs pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare pentru care Asigurătorul plătește indemnizație de asigurare;

b) invaliditatea permanentă a Asiguratului ca urmare a unui accident produs pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare dacă a fost stabilită/confirmată în termen de maxim 1 an de la data producerii accidentului, pentru care Asigurătorul plătește indemnizație de asigurare.

15. Prin Asigurarea Bagajelor, Asigurătorul acordă indemnizații de asigurare pentru acoperirea pagubelor materiale înregistrate pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare prin deteriorarea, distrugerea sau dispariția bunurilor sau bagajelor aparținând Asiguratului, ca urmare a următoarelor evenimente:

a) accidente suferite de Asigurat sau accidente în care a fost implicat mijlocul de transport în care se află Asiguratul și bunurile acestuia;

b) incendiu, trăsnet, explozie, cădere de corpuri pe clădirea/autovehiculul în care se află bunurile persoanei asigurate, cutremur, inundație, furtună, grindină, prăbușire/alunecare de teren, greutatea zăpezii și/sau gheții, avalanșe, uragane, urmările spargerii conductelor;

c) furt calificat sau tâlhărie.

16. Prin Asigurarea de Răspundere Civilă față de terți, Asigurătorul acoperă:

a) prejudiciile corporale (vătămări corporale) suferite de o terță persoană, în calitate de persoană fizică care, urmare a incapacității temporare de muncă, a invalidității sau a decesului au cauzat pagube bănești, inclusiv rezultând din pierderea parțială sau totală a unui venit, dacă aceste pagube sunt consecință directă a intervenirii vătămării corporale,

b) prejudicii materiale (pagube la bunuri) suferite de un terț prejudiciat prin deteriorarea sau distrugerea unui bun sau vătămarea unui animal, consecință directă a unor fapte săvârșite din neglijență sau imprudență pentru care acesta răspunde în baza legii, în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, în care Asiguratul se află în străinătate, pentru care Asigurătorul plătește indemnizație de asigurare.

LIMITA TERITORIALĂ

17. Riscul asigurat este acoperit, conform opțiunii Asiguratului/Contractantului pentru unul din planurile de asigurare, astfel:

A. în toate țările cu excepția SUA, Canada, România și a țării de rezidență a Asiguratului sau,

B. în toate țările cu excepția României și a țării de rezidență a Asiguratului sau,

C. exclusiv în Bulgaria, Turcia, Cipru, Grecia, Croația, Italia, Malta Spania, Portugalia cu excepția țării de rezidență a Asiguratului.

Opțiunea Asiguratului/Contractantului referitoare la limita teritorială este comunicată Asigurătorului înainte de emiterea contractului de asigurare și este menționată în poliță.

SUMA ASIGURATĂ

18. Înainte de încheierea contractului de asigurare, Asiguratul/Contractantul are dreptul să-și aleagă sumele asigurate corespunzătoare fiecărui risc asigurat, conform ofertei puse la dispoziție de Asigurător. Opțiunea Asiguratului/Contractantului referitoare la sumele asigurate este menționată în poliță.

19. Sumele asigurate sunt disponibile în următoarele variante:

1. Asigurarea Medicală:

a) 30.000 EUR, din care 10.000 EUR reprezintă cheltuieli de repatriere și 1.000 EUR reprezintă cheltuieli medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice și/sau afecțiuni pre-existente sau

b) 50.000 EUR, din care 10.000 EUR reprezintă cheltuieli de repatriere și 1.000 EUR reprezintă cheltuieli medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice și/sau afecțiuni pre-existente.

Suma asigurată pentru cheltuielile de repatriere și pentru cheltuielile medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice și/sau al unei afecțiuni pre-existente va fi dedusă din suma asigurată stabilită pentru cheltuieli medicale.

2. Asigurarea de Accidente persoane

a) 1.000 EUR sau

b) 2.500 EUR sau

c) 5.000 EUR

Suma asigurată pentru riscurile asigurate de deces din accident și invaliditate permanentă din accident este unică.

3. Asigurarea Bagajelor:

a) 750 EUR sau

b) 1.000 EUR

4. Asigurarea de Răspundere civilă față de terți:

a) 5.000 EUR sau

b) 10.000 EUR.

EXCLUDERI GENERALE

20. Asigurătorul nu acoperă riscurile cauzate direct sau indirect de:

a) evenimente de război (război, invazie sau acțiuni ale forțelor străine, ostilități, operațiuni de război sau orice acțiuni similare sau în legătură cu războiul), indiferent dacă războiul a fost declarat sau nu;

b) participarea Asiguratului la misiuni militare cu profil operativ sau de instruire (inclusiv misiuni de menținere a păcii);

c) acte de terorism sau tulburări interne (război civil, răscoală, revoluție, revoltă, răzvrătire, rebeliune civilă ținând cont de proporția și extinderea unei acțiuni ostile a populației, tulburări sociale, insurecție, atac militar, rebeliune, terorism, conspirație, sabotaj, acțiuni de uzurpare a puterii de stat sau militare, legea marțială sau starea de asediu sau oricare dintre evenimentele sau cauzele care determină proclamarea sau întreținerea legii marțiale sau a stării de asediu);

d) explozie atomică, radiații sau infestări radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice, nucleare sau materialelor fisionabile;

e) poluare sau contaminare din orice cauză, inclusiv arme biologice sau chimice;

f) automutilare, tentativă de sinucidere sau sinucidere a Asiguratului chiar dacă acesta s-a aflat într-o situație în care i-a fost afectat discernământul;

g) orice fel de afecțiuni psihice;

h) săvârșirea cu intenție de către Asigurat a unei fapte incriminate ca infracțiune de legea statului în care s-a produs fapta (constatată printr-un act judiciar emis de autoritatea competentă din statul unde s-a săvârșit fapta), dacă aceasta este incriminată de legea română;

i) consumul de alcool, substanțe halucinogene și/sau produse farmaceutice nerecomandate de medic;

j) angajarea în ocupații periculoase incluzând, dar fără a se limita la: forțele armate (servicii speciale, activități cu dispozitive explozibile, aviație militară, navigație militară, pompieri militari), aviație (aviație utilitară, piloți de testare, piloți pentru platformele de combustibil), scafandri care folosesc explozibili, forțe speciale ale poliției, servicii de securitate personală, alpinism utilitar, cascadori, activități de exploatare minieră (în subteran), activități în industria metalurgică, de instalații pentru combustibili, activități pe platforme de petrol și gaze, activități în industria substanțelor explozibile, măcelarie, tăietori de lemne;

k) implicarea Asiguratului în aviație altfel decât ca pasager al unei companii autorizate să efectueze transportul de persoane;

l) implicarea Asiguratului pe perioada călătoriei în activități lucrative, conform definiției din condițiile contractuale, cu excepția cazului pentru

Condiții de asigurare pentru asigurarea de călătorie în străinătate VOIAJ



EN ISO 9001
Certificate No. 312 - 052

CAV08

care a fost achitată prima corespunzătoare tarifului pentru activități lucrative;

m) practicarea unor sporturi sau hobby-uri periculoase incluzând dar fără a se limita la: aviație, parașutism, planorism, zbor cu parapanta, deltaplanorism, sărituri cu schiurile, bungee-jumping, escaladă/alpinism, speologie, curse de călărie, rodeo, competiții în sporturi de contact, vânătoare, curse auto, circuite pentru motocicliști, scufundări libere, la mare adâncime sau sub strat de gheață;

n) practicarea ocazională de către Asigurat pe perioada călătoriei a unui sport de agrement, conform definiției din condițiile contractuale, cu excepția cazului pentru care a fost achitată prima corespunzătoare tarifului cu sport de agrement;

o) desfășurarea unor activități care nu corespund scopului declarat al călătoriei.

21. Suplimentar, sunt excluse:

a) pretențiile de despăgubire formulate prin cerere frauduloasă sau care au la bază declarații false;

b) pretențiile de despăgubire formulate în cazul în care Asiguratul și-a început călătoria, deși aceasta nu i-a fost autorizată din motive legale sau medicale.

EXCLUDERI SPECIFICE

ASIGURAREA MEDICALĂ

22. Asigurătorul nu acoperă riscurile excluse în definițiile pentru cheltuielile medicale și pentru cheltuielile de repatriere și nici riscurile cauzate direct sau indirect de evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/pandemii declarate în mod oficial de către autoritatea abilitată.

23. Suplimentar excluderilor generale și art. 20 de mai sus, Asigurătorul nu acoperă:

a) cheltuielile medicale cauzate direct sau indirect de boli cronice sau afecțiuni pre-existente intrării în vigoare a contractului de asigurare sau agravarea acestora (inclusiv acutizarea și recidiva acestora) precum și consecințele acestora, cu excepția cheltuielilor medicale ca urmare a puseului acut al unei boli cronice și/sau afecțiuni pre-existente în limita stabilită conform prezentelor condiții contractuale; excluderea este valabilă și pentru alte proceduri medicale sau accidente efectuate sau întâmplare înainte începerii perioadei asigurate, precum și consecințele acestora;

b) cheltuielile medicale în legătură cu diagnosticarea și/sau tratamentul cancerului, al bolilor cu transmitere sexuală, infectarea cu HIV, SIDA și consecințele acestora;

c) cheltuielile medicale legate de cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau alte instituții similare;

d) cheltuielile medicale pentru îndepărtarea defectelor sau anomaliilor/malformațiilor fizice (chirurgie plastică);

e) cheltuielile medicale în legătură cu nașterea copilului, tratamente sau controale medicale specifice stării de graviditate. Totuși, potrivit prezentelor condiții, în cazul unor complicații acute apărute în primele 30 de săptămâni de sarcină, Asigurătorul va despăgubi cheltuielile care privesc strict procedurile medicale de salvare a vieții mamei și/sau copilului;

f) cheltuieli medicale pentru homeopatie sau tratamente de medicină alternativă, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical și neautorizate de instituții medicale competente și consecințele acestora;

g) cheltuieli medicale pentru reabilitare și fizioterapie sau cheltuielile medicale efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;

h) cheltuielile medicale pentru tratamente stomatologice definitive, tratamente de canal (cu excepția cazurilor în care tratamentul de canal

se adresează calmării durerilor acute), ortodontie, boli parodontale, detartrare, dinți artificiali, coroane/punți dentare;

i) cheltuielile medicale pentru examinări de rutină, controale sau verificări medicale generale (tip fișă medicală), inclusiv vaccinări de rutină impuse sau solicitate de autorități medicale locale;

j) cheltuielile medicale pentru servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului, precum și intervenții chirurgicale sau tratamente medicale care pot fi amânate până la revenirea în țară a Asiguratului;

k) cheltuielile medicale pentru proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;

l) cheltuielile medicale cu medicamente sau tratamente necesare a fi administrate sau acordate pe parcursul deplasării în străinătate, dar care erau cunoscute sau prescrise înainte de începerea călătoriei;

m) cheltuielile de repatriere pentru care nu există acordul prealabil al Asigurătorului, precum și cheltuielile medicale angajate după data la care, deși posibilă repatrierea medicală nu s-a efectuat, ca urmare a unei decizii a Asiguratului.

ASIGURAREA DE ACCIDENTE PERSOANE

24. Suplimentar excluderilor generale, Asigurătorul nu acoperă riscurile cauzate direct sau indirect de:

a) orice fel de boli, inclusiv profesionale sau infecțioase sau de natură nervoasă, precum și agravarea acestora prin accident;

b) orice boli transmisibile prin atacul animalelor, cu excepția turbării;

c) acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate;

d) otrăvirea sau intoxicația cauzată de ingerarea sau inhalarea de substanțe solide, lichide sau gazoase, cu excepția situației în care acestea au fost generate de un accident;

ASIGURAREA BAGAJELOR

25. Suplimentar excluderilor generale, Asigurătorul nu acoperă:

a) deteriorarea, distrugerea sau dipariția bunurilor lăsate fără supraveghere în locuri nepăzite, sub cerul liber, în balcoane sau pe terase deschise;

b) riscuri cauzate direct sau indirect de confiscare, expropriere, naționalizare, rechiziționare, sechestrare, distrugere sau avariere din ordinul oricărui guvern de drept sau de fapt sau oricărei autorități publice;

c) pagube produse de către personalul angajat al agentului economic furnizor de servicii (cazare, transport, etc) sau de către Asigurat;

d) produse alimentare;

e) autovehicule de orice tip;

f) haine de blană, echipament sportiv, articole tehnice sau accesorii, echipamente profesionale, echipamente electronice, instrumente medicale;

g) hârtii de valoare, documente, registre, titluri, acte, manuscrise, bijuterii, metale nobile, mărci poștale și alte asemenea, obiecte de artă sau colecții, bani numerar.

ASIGURAREA DE RĂSPUNDERE CIVILĂ FAȚĂ DE TERȚI,

26. Suplimentar excluderilor generale, Asigurătorul nu acoperă:

a) pretențiile formulate de Asigurat referitoare la propriile sale vătămări corporale suferite sau la pagube produse la propriile bunuri;

b) pretențiile formulate împotriva Asiguratului de către soțul/soția acestuia sau de către persoane de care Asiguratul răspunde în baza legii;

c) pretențiile ca rezultat al confiscării, exproprierii, naționalizării, rechiziționării, sechestrării, distrugerii sau avarierii din ordinul oricărui guvern de drept sau de fapt sau oricărei autorități publice;

d) orice pretenție financiară care nu este în legătură directă cu vătămarea corporală sau cu pagubele aduse bunurilor (pierderi financiare indirecte, ca de exemplu: lipsa folosinței bunurilor avariate sau distruse, pierderi de profit, etc), precum și orice pierdere financiară

cauzată oricărei alte terțe persoane decât cea care a suferit în mod direct prejudiciul corporal sau material;

e) orice pretenție de despăgubire decurgând din reducerea valorii bunurilor avariate după reparația acestora;

f) pretențiile formulate împotriva Asiguratului referitoare la repararea prejudiciului moral, daune morale, prețul durerii, contravaloarea pecuniară a traumei psihice cauzată ca urmare a vătămarilor corporale, alte prejudicii personale nepatrimoniale;

g) pretențiile referitoare la răspunderea Asiguratului angajată pentru pagube produse hârtiilor de valoare, documentelor (pe suport de hârtie sau electronic), registrelor sau titlurilor, actelor, manuscriselor, pietrelor scumpe, obiectelor din platină, aur sau argint, mărcilor poștale, colecțiilor, tablourilor, sculpturilor, țesăturilor sau altor obiecte având o valoare artistică, științifică sau istorică, precum și dispariția sau distrugerea banilor;

h) pretențiile referitoare la acoperirea amenzilor de orice fel, a cheltuielilor judiciare penale la care Asiguratul este condamnat.

PRIME

27. Prima contractuală se plătește în RON, anticipat și integral, pentru întreaga perioadă de asigurare.

28. În funcție de opțiunea Contractantului referitoare la solicitarea de acoperire a sporturilor de agrement/activităților lucrative prestate în străinătate, prima contractuală este stabilită conform tarifului de asigurare: tarif standard și/sau tarif cu sport de agrement și/sau activitate lucrativă prestată în străinătate.

29. Contractantul este exclusiv răspunzător de plata primei contractuale și are obligația de a solicita/obține și de a păstra dovada plății acesteia (chitanță-factură, ordin de plată etc.).

30. Plata primelor contractuale se poate efectua prin orice modalitate acceptată de Asigurător. Contractantul suportă toate taxele și comisioanele referitoare la plata primelor contractuale și a altor sume datorate Asiguratului.

31. Contractantul are dreptul să solicite restituirea primei contractuale plătite, formulând o cerere în scris către Asigurător. În funcție de data la care se efectuează solicitarea, suma convenită va fi:

a) înainte de data de intrare în valabilitate a contractului de asigurare, se va plăti integral contravaloarea primei contractuale;

b) după data de intrare în valabilitate a contractului de asigurare, dar până la data de maturitate specificată în poliță și numai dacă până la data solicitării nu a fost avizat niciun risc asigurat, se va plăti diferența de primă rămasă de la data înregistrării și aprobării de către Asigurător a solicitării de reziliere și până la data de maturitate a contractului de asigurare. După aprobarea solicitării de reziliere, niciun risc avizat ulterior nu va mai fi acoperit prin contractul de asigurare.

32. Sumele care urmează a fi restituite Contractantului se vor plăti în RON, într-un cont bancar al Contractantului, specificat în scris de către acesta și deschis la o bancă de pe teritoriul României, sau prin orice altă modalitate de plată agreeată de către Asigurător.

OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI/CONTRACTANTULUI

33. Asiguratul/Contractantul sunt obligați:

a) să dea răspunsuri corecte și complete în documentele întocmite la încheierea contractului de asigurare sau solicitate ulterior de către Asigurător;

b) în caz de producere a unui risc asigurat, să respecte întocmai procedura descrisă;

c) să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător sau de Compania de Asistență, după caz, și să faciliteze eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat; dacă documentele au fost întocmite pe teritoriul altei țări, să furnizeze Asiguratului traduceri legalizate ale acestora în limba română sau engleză;

d) la cererea expresă a Asiguratului, să prezinte dovezi cu privire la data exactă la care a început călătoria și durata acesteia.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. a) de mai sus, Asiguratul își rezervă dreptul de a denunța unilateral contractul de asigurare și de a refuza plata oricăror despăgubiri dacă informațiile și/sau documentele care nu au fost furnizate Asiguratului l-ar fi determinat pe acesta să nu încheie contractul de asigurare sau să ofere contractul de asigurare în alte condiții. În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. b), c) și d) de mai sus, Asiguratul își rezervă dreptul de a refuza îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza și circumstanțele producerii riscului asigurat.

34. Asiguratul este obligat să ia toate măsurile pentru a preveni producerea unui risc asigurat iar dacă acesta a avut loc, să ia măsuri în vederea limitării/stopării consecințelor ulterioare.

35. În cazul în care suferă un accident sau se îmbolnăvește, Asiguratul este obligat să ceară și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru a-și grăbi restabilirea. Asiguratul poate refuza rambursarea cheltuielilor, în cazul în care constată că Asiguratul nu a cerut tratamentul medical, nu respectă indicațiile medicale sau prestează activități contraindicate în raport cu afecțiunea sau vătămarea suferită.

36. În cazul producerii riscurilor asigurate prin Asigurarea bagajelor și/sau prin Asigurarea de Răspundere civilă față de terți, Asiguratul este obligat să anunțe organele competente în maximum 24h de la data constatării/producerii evenimentului.

37. Asiguratul autorizează Asiguratul să obțină toate informațiile considerate necesare de la terțe persoane (medici, instituții medicale, alte instituții legale sau administrative) și să elibereze aceste terțe persoane de obligația de a păstra secretul profesional cu privire la cazul respectiv.

38. Asiguratul/Contractantul trebuie să anunțe în scris Asiguratul cu privire la orice modificare a datelor sale de contact.

AVIZAREA PRODUCERII RISCULUI

39. În cazul producerii unui risc asigurat, Asiguratul/Contractantul este obligat:

a) să avizeze producerea riscului asigurat prin Asigurarea medicală imediat, la Compania de asistență; în cazul în care nu se urmează procedura standard, avizarea se poate face la Asiguratul în termen de 5 zile de la întoarcerea în țară, cu condiția ca Asiguratul să comunice în scris Asiguratului, motivul nerespectării ei.

b) să avizeze producerea riscurilor asigurate prin Asigurarea de Accidente Persoane, Asigurarea bagajelor și Asigurarea de răspundere civilă față de terți, în termen de 5 zile lucrătoare de la întoarcerea în țară.

c) să furnizeze informații cu privire la evenimentul produs și la datele din polița de asigurare;

d) să furnizeze orice alte documente solicitate de către Compania de asistență sau Asiguratul, după caz, relevante pentru soluționarea daunei;

e) să respecte instrucțiunile primite de la Asiguratul/Compania de asistență.

40. În cazul în care nu se urmează procedura standard Asiguratul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizațiilor/rambursa cheltuielilor, dacă din acest motiv nu se poate stabili și asuma vreo responsabilitate în baza prevederilor prezentelor condiții.

41. În cazul producerii oricărui risc asigurat prin polița de asigurare, Asiguratul/Contractantul sau moștenitorii Asiguratului vor furniza Companiei de asistență sau Asiguratului, după caz, următoarele documente/informații:

a) declarația Asiguratului/Contractantului/Moștenitorilor Asiguratului cu privire la producerea evenimentului și la cuantumul cheltuielilor efectuate;

- b) poliță de asigurare sau numărul de poliță de asigurare;
 c) act de identitate (copie) al persoanei fizice care notifică riscul produs (Asigurat/ Contractant/ Moștenitori legali, terți);
 d) orice alte documente relevante pentru soluționarea cererii.

42. În cazul producerii unui eveniment asigurat ca urmare a:

a) unui accident sau

b) furt sau

c) cauzator de prejudiciu față de terț,

la cererea Asiguratorului sau a Companiei de asistență după caz, Asiguratul/Contractantul va furniza suplimentar și copii ale actelor/rapoartelor/ procesului verbal de constatare a evenimentului eliberat de organele competente (pompieri, poliție, instituții medicale), declarații ale martorilor, etc,

43. Față de documentele solicitate la articolul de mai sus, Asiguratul/ Contractantul/ Moștenitorii Asiguratului, vor furniza Asiguratorului/Companiei de Asistență următoarele documente:

a) în cazul producerii unui risc acoperit prin **Asigurarea medicală** pentru care avizarea se face la Compania de Asistență:

1. documente medicale care să ateste diagnosticul și tratamentul urmat;

2. facturi emise pe numele Asiguratului și chitanțe privind cheltuielile medicale și/sau repatriere efectuate, inclusiv cele pentru produse farmaceutice (copia rețetei eliberate de medicul curant și bonul fiscal eliberat de farmacie aferent achiziționării medicamentelor); în cazul tratamentului dentar, documente medicale/facturile trebuie să conțină informații despre dinții tratați și tratamentul aplicat.

3. în cazul repatrierii corpului neînsuflit al Asiguratului, certificatul de deces al Asiguratului și documente care să ateste cauza, locul decesului și dovada efectuării cheltuielilor pentru care s-a emis pretenția de rambursare (facturi și chitanțe emise și plătite de persoana care solicită rambursarea cheltuielilor).

b) în cazul producerii unui risc acoperit prin **Asigurarea de accidente persoane**, pentru care avizarea se face la Asigurator:

1. procesul verbal de constatare a accidentului suferit, eliberat de organul autorizat de investigare sau cercetare, dacă e cazul;

2. certificatul constatator al invalidității permanente eliberat de autoritatea competentă.

c) în cazul decesului Asiguratului ca urmare a unui accident, acoperit prin **Asigurarea de accidente persoane**, pentru care avizarea se face la Asigurator:

1. certificatul de deces;

2. certificatul medical constatator al decesului;

3. documente care atestă calitatea de moștenitor;

4. dispoziția de instituire a tutelei sau curatelei, în cazul moștenitorilor legali minori;

d) în cazul furtului/tâlhăriei, risc acoperit prin **Asigurarea de bagaje**, pentru care avizarea se face la Asigurator, dovada declarării evenimentului de către Asigurat la organele polițienești de la locul faptei (în cazul furtului/tâlhăriei).

e) în cazul producerii unui risc acoperit prin **Asigurarea de răspundere civilă față de terți**, pentru care avizarea se face la Asigurator:

1. decizia definitivă și irevocabilă cu privire la plata despăgubirilor, dacă prejudiciul nu a fost soluționat pe cale amiabilă;

2. facturi, chitanțe sau orice alte documente care să facă dovada cheltuielilor față de terț.

DECIZIA ASIGURĂTORULUI DUPĂ AVIZAREA RISCULUI

44. Dacă, în legătură cu producerea unui risc asigurat, împotriva Asiguratului a fost instituită o anchetă sau o procedură penală, Asiguratorul are dreptul să amâne luarea unei decizii asupra încadrării evenimentului conform prezentelor condiții de asigurare până la finalizarea respectivelor acțiuni legale.

45. Orice acțiune sau informație incompletă sau incorectă întreprinsă sau furnizată de către Asigurat/Contractantul/ Moștenitor legal/Terț

mandatar al acestora, care împiedică Asiguratorul să determine cauzele producerii riscului asigurat, dă Asiguratorului dreptul de a refuza rambursarea cheltuielilor respectiv, plata indemnizațiilor.

46. În cazul în care Asiguratul suportă contravaloarea cheltuielilor medicale din surse proprii, plata sumelor convenite Asiguratului se face de către Asigurator, pe baza documentelor prezentate în original, documente care devin proprietatea Asiguratorului.

47. Asiguratorul are obligația să valideze conformitatea documentelor justificative solicitate, să finalizeze toate investigațiile privind producerea evenimentului avizat și să transmită decizia sa persoanelor îndreptățite în termen de 30 zile calendaristice de la data la care primește toate documentele necesare evaluării dosarului de daună.

48. Asiguratorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical sau de alte instituții legislative sau autorizate.

49. Dreptul de a ridica pretenții față de Asigurator privind rambursarea cheltuielilor medicale în baza prezentului contract de asigurare se stinge în termen de 2 ani de la data producerii riscului asigurat.

OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI ÎN CAZUL PRODUCERII ȘI AVIZĂRII RISCULUI

50. Dacă, pe baza documentelor solicitate, Asiguratorul decide că riscul este acoperit conform prezentelor condiții, în termenul asumat pentru comunicarea deciziei sale va rambursa suma convenită/plăți indemnizația de asigurare convenită.

51. Conform prezentelor condiții de asigurare, suma convenită Asiguratului prin **Asigurarea Medicală**, se calculează în urma următoarelor precizări:

a) contravaloarea cheltuielilor medicale rambursate pe durata contractului de asigurare nu trebuie să depășească valoarea sumei asigurate; această sumă include și contravaloarea cheltuielilor de repatriere și a cheltuielilor medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice și/sau unei afecțiuni pre-existente;

b) contravaloarea cheltuielilor medicale pentru puseul acut al unei boli cronice și/sau pre-existente pe durata contractului de asigurare, nu trebuie să depășească valoarea sumei asigurate pentru cheltuielile medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice și/sau afecțiuni pre-existente;

c) contravaloarea cheltuielilor de repatriere, medicală sau a corpului neînsuflit, pe durata contractului de asigurare, nu trebuie să depășească valoarea sumei asigurate pentru cheltuieli de repatriere;

d) contravaloarea sumelor înscrise în bonuri fiscale/facturi face obiectul unei singure rambursări, indiferent de numărului asigurărilor medicale de călătorie în străinătate încheiate cu Asiguratorul;

e) dacă un accident sau o îmbolnăvire care a survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare necesită tratament în regim de spitalizare și după expirarea perioadei de valabilitate a poliței, obligația Asiguratorului de a rambursa contravaloarea cheltuielilor se poate extinde cu cel mult 15 zile calendaristice, în măsura în care Asiguratul aduce dovezi că repatrierea medicală nu a fost posibilă.

f) în limita sumei asigurate, Asiguratorul va despăgubi și cheltuielile telefonice legate de comunicarea cu Compania de asistență, în măsura în care se dovedește efectuarea lor.

g) în cazul riscurilor acoperite prin Asigurarea medicală, plata cheltuielilor/indemnizației de asigurare se efectuează direct de către Compania de asistență, în numele Asiguratorului, sau de către Asigurator în cazul în care plata nu a putut fi efectuată de către Compania de asistență

52. Conform prezentelor condiții de asigurare, suma convenită Asiguratului/Contractantul/Moștenitorilor legali prin **Asigurarea de Accidente**, se calculează pe baza următoarelor precizări:

a) în cazul decesului Asiguratului, Asiguratorul va plăti moștenitorilor legali indemnizația de asigurare egală cu suma asigurată; în cazul decesului Asiguratului pentru care Asiguratorul a plătit deja indemnizații

Condiții de asigurare pentru asigurarea de călătorie în străinătate VOIAJ



EN ISO 9001
Certificate No. 312 - 052

CAV08

pentru Asigurarea de accidente, Asigurătorul va plăti numai diferența dintre suma asigurată și indemnizația plătită anterior;

b) în cazul invalidității permanente, Asigurătorul va plăti Asiguratului o indemnizație calculată conform **Tabelului 1** anexat prezentelor condiții de asigurare;

c) suma tuturor indemnizațiilor plătite pentru invaliditatea permanentă nu poate depăși 100% din valoarea sumei asigurate a acoperirii;

d) în cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în același accident, indemnizația de invaliditate se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare vătămare;

e) în caz de pierdere anatomică sau funcțională a unui organ sau membru deja deficient, procentele indicate se vor micșora ținând cont de gradul de invaliditate pre-existent.

f) stabilirea gradului de invaliditate și plata despăgubirilor în caz de invaliditate permanentă se va face în termen de 1 an de la data accidentului, dar nu mai devreme de 3 luni de la această dată. În cazul în care invaliditatea permanentă este incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata despăgubirilor se poate face și înainte de terminarea tratamentului.

53. Conform prezentelor condiții de asigurare, suma cuvenită Asiguratului prin **Asigurarea Bagajelor**, se calculează pe baza următoarelor precizări:

a) în caz de daună totală, Asigurătorul va plăti o indemnizație egală cu valoarea bunului la data daunei (valoarea de nou din care se scade după caz, uzura) sau a unui bun asemănător sub aspectele construcției, performanțelor și prețului;

b) în caz de daună parțială, Asigurătorul va plăti o indemnizație egală cu costul reparației pentru aducerea bunului la starea anterioară evenimentului, fără a depăși valoarea de nou a bunului.

c) dacă după plata indemnizației, bunurile au fost găsite, Asiguratul este obligat să restituie Asigurătorului, în termen de 15 zile, sumele încasate sau, dacă bunurile găsite au fost avariate sau incomplete, diferența dintre sumele încasate de la Asigurător și costul reparațiilor sau completării.

54. Conform prezentelor condiții de asigurare, suma cuvenită Asiguratului prin **Asigurarea de răspundere civilă față de terți** se calculează pe baza următoarelor precizări:

a) în cazul vătămarilor corporale ale terților, indemnizațiile de asigurare vor consta, în limita răspunderii asumate de Asigurător, în acoperirea cheltuielilor necesare restabilirii sau ameliorării stării de sănătate, neacoperite de sistemele de asigurare socială, efectuate de persoana prejudiciată și în acoperirea pierderilor de venit net suferite de persoana prejudiciată pe această perioadă;

b) în cazul decesului terței persoane, indemnizațiile de asigurare vor acoperi următoarele cheltuieli:

1. cheltuielile de înmormântare, pe baza înscrisurilor doveditoare;
2. cheltuieli de transport ale corpului neînsuflețit, justificate cu acte, de la localitatea unde a avut loc decesul până la localitatea în care se face înmormântarea;
3. veniturile nete nerealizate și alte eventuale cheltuieli făcute în perioada de la data producerii evenimentului și până la data decesului, dacă acestea au fost cauzate la producerea accidentului;
4. sumă globală care să acopere prestațiile bănești periodice (pensii de întreținere) care se cuvin celor îndreptățiți.

c) în cazul prejudiciilor cauzate de Asigurat prin pagube de bunuri, indemnizația de asigurare reprezintă costul procurării, reparației, refacerii sau restaurării bunurilor avariate sau costul procurării unui bun asemănător, din care se scade după caz, uzura și/sau valoarea resturilor care se pot valorifica. Indemnizațiile astfel stabilite nu pot depăși valoarea reală a bunurilor la momentul producerii evenimentului asigurat. Indemnizațiile de asigurare în cazul Asigurării de răspundere

civilă față de terți nu pot depăși limita maximă a răspunderii asumate prin contractul de asigurare

d) cuantumul indemnizațiilor de asigurare în cazul răspunderii civile față de terți se stabilește fie pe baza înțelegerii dintre părți, fie prin hotărâre judecătorească definitivă. Înțelegerea se poate face între Asigurat și persoanele păgubite, cu privire la pretențiile acestora, cu acordul Asigurătorului

e) dacă se stabilește ca despăgubirea datorată de Asigurat persoanei păgubite să fie plătită sub formă de prestații bănești periodice (pensie de întreținere), atunci indemnizația datorată de Asigurător se va plăti sub forma unei sume globale care să acopere contravaloarea acestor prestații, în limita de răspundere asumată de Asigurător.

55. În cazul în care solicitarea pentru rambursarea contravalorii cheltuielilor/indemnizației de asigurare este frauduloasă ori are la bază declarații false, Asigurătorul va refuza plata acestora.

56. Dacă pe baza documentelor solicitate Asigurătorul decide că riscul, survenit pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, nu este acoperit conform prezentelor condiții de asigurare, va informa Contractantul/Asiguratul/Contractantul/Moștenitorul asupra deciziei de neîncadrare în condițiile de asigurare a evenimentului avizat și refuzului de rambursare a sumei asigurate/indemnizației de asigurare.

REGLEMENTAREA PLĂȚILOR DATORATE DE ASIGURĂTOR ÎN BAZA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

57. Sumele plătite către Asigurat, în baza contractului de asigurare se vor plăti în RON, la cursul BNR din data efectuării plății, într-un cont bancar comunicat în scris Asigurătorului și deschis la o bancă de pe teritoriul României sau prin orice altă modalitate de plată agreeată de către Asigurător, în termen de 30 zile calendaristice de la data furnizării tuturor documentelor necesare.

58. Eventualele taxe și comisioane privind operațiunile de plată a beneficiilor în baza contractului de asigurare vor fi suportate de către Asigurător. În cazul în care detaliile de plată comunicate de Contractant/Asigurat/Reprezentant legal/Moștenitor nu sunt corecte și/sau complete, iar încercarea de efectuare a plății de către Asigurător eșuează, Asigurătorul își rezervă dreptul de a reține taxele și comisioanele aferente următoarei/următoarelor ordonări la plată a aceleiași sume din valoarea ce urmează să fie plătită.

ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

59. Răspunderea contractuală a Asigurătorului încetează în următoarele cazuri:

a) la inițiativa Contractantului, ca urmare a înregistrării solicitării de reziliere la sediul Asigurătorului;

b) la inițiativa Asigurătorului, conform prevederilor condițiilor de asigurare, a dispozițiilor legale ori în baza prevederilor sancțiunilor internaționale;

c) la ora 24:00 a zilei specificate ca data de maturitate;

d) la data la care suma rambursărilor efectuate/indemnizațiilor de asigurare în baza contractului de asigurare egalează suma asigurată.

CORESPONDENȚA PRIVIND CONTRACTUL DE ASIGURARE

60. Orice solicitare a Contractantului înaintată Asigurătorului se efectuează pe baza unui document semnat și trimis de către acesta la sediul Asigurătorului, însoțit de toate documentele justificative solicitate de Asigurător.

61. Orice comunicare a Asigurătorului adresată Contractantului se face folosind cele mai recente date de contact comunicate de către Contractant, chiar dacă acestea sunt ale unui terț. Conținutul corespondenței îi este opozabil Contractantului, chiar dacă acesta nu și-a respectat obligația contractuală de a informa Asigurătorul cu privire la modificarea datelor sale de contact.

62. Asigurătorul nu își asumă nici o responsabilitate în ceea ce privește efectele și consecințele decurgând din întârzierea, nerecepționarea,

deteriorarea, pierderea sau din alte erori de transmitere a mesajelor, scrisorilor sau documentelor, din motive independente de activitatea Asigurătorului.

63. În cazul schimbării unor elemente din documentele contractuale, Asigurătorul poate folosi orice modalitate de comunicare a acestora Contractantului (de exemplu publicație națională de mare tiraj, website-ul Asigurătorului, telefon, SMS, poșta electronică etc.).

64. Corespondența directă cu Contractantul, sub formă de scrisoare, este posibilă doar la o adresă de pe teritoriul României.

DISPOZIȚII FINALE

65. Orice solicitare adresată Asigurătorului, conform condițiilor de asigurare, trebuie semnată de către Asigurat/Contractant. Dacă semnătura din solicitarea adresată Asigurătorului nu coincide cu cea din oferta de asigurare, Asigurătorul poate solicita Asiguratului/Contractantului, după caz, confirmarea schimbării semnăturii; în acest sens, Asiguratul/Contractantul vor pune la dispoziția Asigurătorului un specimen al noii semnături.

66. Respectarea de către Asigurat/Contractant a obligațiilor ce le revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile lor sunt corecte și sincere, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asigurătorului de a rambursa contravaloarea cheltuielilor.

67. Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare este legea română.

68. Asiguratul/Contractantul au dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează Asigurătorului, dreptul de intervenție asupra datelor și dreptul de opoziție, așa cum acestea sunt reglementate de legislația în vigoare referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Asiguratul/ Contractantul persoane fizice își pot exercita drepturile prevăzute mai sus depunând la S.C. Allianz-Tiriac Asigurări S.A. o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă, care poate fi și de poșta electronică, sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea acestora i se va face numai personal.

69. Prin încheierea contractului de asigurare, Contractantul / Asiguratul persoane fizice își dau acordul în mod expres și neechivoc ca Asigurătorul să le prelucreze datele cu caracter personal și datele privind starea de sănătate, în conformitate cu prevederile legislației în vigoare pentru protecția persoanelor, cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul evaluării riscului, administrării contractului de asigurare, avizării riscurilor și stabilirea indemnizațiilor de asigurare și a altor beneficii oferite prin contractul de asigurare. De asemenea, Contractantul/ Asiguratul persoane fizice înțeleg și sunt de acord că datele antementionate pot fi transmise și prelucrate și de alte companii din Grupul Allianz sau de orice alt terț împuternicit expres de către Allianz Tiriac Asigurări S.A.

70. De asemenea, prin încheierea contractului de asigurare, Asiguratul își dă acordul expres și autorizează, în contextul avizării unui risc asigurat, orice medic curant, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul său medical, să furnizeze aceste date către SC Allianz-Tiriac Asigurări S.A. și îi exonerează de secretul profesional referitor la aceste informații.

71. Posibilele litigii ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare, vor fi soluționate de instanțele de judecată competente.

72. Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile momentul apariției forței majore; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentele respective. Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor care le revin în cadrul prezentului contract după producerea oricăruia dintre cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.

73. Fondul de garantare este destinat rambursării contravalorii cheltuielilor rezultate din contractul de asigurare, în cazul constatării insolvenței Asigurătorului și este administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

74. Conform Codului Fiscal, primele contractuale aferente contractelor de asigurare de călătorie în străinătate nu sunt deductibile fiscal.

TABELUL 1 -Tabelul Gradelor de Invaliditate

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ	Procent corespunzător gradului de invaliditate	
<i>Invaliditate permanentă totală:</i>		
Pierdere totală și irevocabilă a vederii la ambii ochi	100%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi, cu origine traumatică	100%	
Pierdere permanentă a vorbirii, cu origine traumatică	100%	
Pierdere a mandibulei	100%	
Pierdere a unui braț și a unui picior sau a unei labe a piciorului	100%	
Pierdere a unei mâini și a unui picior sau a unei labe a piciorului	100%	
Pierdere a ambelor brațe sau a ambelor <u>mâini</u>	100%	
Pierdere a ambelor picioare sau a ambelor labe ale picioarelor	100%	
<i>Cap:</i>		
Pierdere de substanță osoasă craniană în toată grosimea ei:		
<input type="checkbox"/> Suprafață de cel puțin 6 cm ²	40%	
<input type="checkbox"/> Suprafață cuprinsă între 3 și 6 cm ²	20%	
<input type="checkbox"/> Suprafață mai mică de 3 cm ²	10%	
Pierdere parțială a mandibulei și a cel puțin jumătate din oasele maxilare	40%	
Pierdere a unui ochi	40%	
Pierdere completă și permanentă a auzului la o ureche	30%	
<i>Membre superioare*:</i>	Drept	Stâng
Pierdere a unui braț sau a unei mâini	60%	50%
Paralizia totală a unui membru superior (leziune incurabilă a nervilor)	65%	55%
Pierdere considerabilă a substanței osoase a unui braț (leziune definitivă și incurabilă)	50%	40%

Condiții de asigurare pentru asigurarea de călătorie în străinătate VOIAJ



EN ISO 9001
Certificate No. 312 - 052

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ	Procent corespunzător gradului de invaliditate	
Paralizia totală a nervului circumflex	20%	15%
Anchiloza umărului	40%	30%
Anchiloza cotului		
<input type="checkbox"/> în poziție favorabilă (15° față de unghiul normal)	25%	20%
<input type="checkbox"/> în poziție defavorabilă	40%	35%
Pierdere extensivă de substanță osoasă a două oase ale antebrațului (leziune definitivă și incurabilă)	40%	30%
Paralizia totală a nervului median	45%	35%
Paralizia totală a nervului radial la zona de torsiune (încheietura mâinii)	40%	35%
Paralizia totală a nervului radial al antebrațului	30%	25%
Paralizia totală a nervului radial al mâinii	30%	25%
Paralizia totală a nervului cubital	30%	25%
Anchiloza încheieturii mâinii:		
<input type="checkbox"/> în poziție favorabilă	20%	15%
<input type="checkbox"/> în poziție nefavorabilă	30%	25%
Pierdere totală sau anchiloză a degetului mare	20%	15%
Pierdere parțială a degetului mare (falanga ungală)	10%	5%
Pierdere totală a arătătorului	15%	10%
Amputarea a două falange ale arătătorului	10%	8%
Amputarea falangei unguale a arătătorului	5%	3%
Amputarea simultană a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Amputarea degetului mare și a unui deget altul decât arătătorul	25%	20%
Amputarea a două degete altul decât degetul mare și arătătorul	12%	8%
Amputarea a trei degete altele decât degetul mare și arătătorul	20%	10%
Amputarea a patru degete incluzând degetul mare	45%	40%
Amputarea a patru degete altele decât degetul mare	40%	35%
Amputarea degetului mijlociu	10%	8%
Amputarea unui deget altul decât degetul mare, arătătorul sau degetul mijlociu	7%	3%
<i>*Pentru stângaci procentajele pentru drept/stâng se inversează.</i>		
<i>Membre inferioare:</i>		
Amputarea coapsei (jumătatea superioară a piciorului)	60%	
Amputarea gambei (jumătatea inferioară a piciorului)	50%	
Pierdere totală a labei piciorului (dezarticulare tibio-tarsiană)	45%	
Pierdere parțială a labei piciorului:		
<input type="checkbox"/> de sub articulația gleznei	40%	
<input type="checkbox"/> de la articulația medio-tarsiană	35%	
<input type="checkbox"/> de la articulația tarsio-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 ambilor nervi (sciatic popliteu intern și extern)	40%	
Anchiloza:		
<input type="checkbox"/> șoldului	40%	
<input type="checkbox"/> genunchiului	20%	
Pierdere de substanță osoasă de la femur sau de la ambele oase ale gambei (leziune incurabilă a tibiei și peroneului)	60%	
Pierdere de substanță osoasă de la rotulă cu separarea considerabilă a fragmentelor și dificultate considerabilă la mișcare și întinderea piciorului	40%	
Pierdere de substanță osoasă de la rotulă, cu preservarea capacității motorii	20%	
Scurtarea membrului inferior cu:		
<input type="checkbox"/> cel puțin 5 cm	30%	
<input type="checkbox"/> 3 până la 5 cm	20%	
<input type="checkbox"/> 1 până la 3 cm	10%	
Amputarea totală a tuturor degetelor	25%	

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ	Procent corespunzător gradului de invaliditate
Amputarea a patru degete: <input type="checkbox"/> inclusiv degetul mare <input type="checkbox"/> exclusiv degetul mare	20% 10%
Amputarea sau anchiloza degetului mare	10%
Amputarea a două degete (altele decât degetul mare)	5%
Amputarea unui deget (altul decât degetul mare)	3%