

# Condiții de Asigurare privind Polița Accidente de Persoane - de Grup

Mod. APG 02 / Ram. 402 / Noiembrie 2005  
Asigurarea Accidente Grup

SPECIMEN

Leul înaripat te ocrotește.





### **A fi pro, nu contra**

CARE înseamnă a pune în centrul preocupărilor noastre dorințele, obiectivele și planurile clienților.

### **Om, nu dosar**

CARE înseamnă a fi alături de clienții noștri cu soluții potrivite pentru fiecare etapă din viața lor.

### **A acționa, nu a reacționa**

CARE înseamnă a preîntâmpina apariția situațiilor nedorite.

### **Individual, nu uniform**

CARE înseamnă a fi alături de fiecare client cu responsabilitatea calității și a performanței.

### **Soluții, nu produse**

CARE înseamnă a prezenta fiecărui client un răspuns adaptat cerințelor sale, care să depășească simpla ofertă de produse.

### **Mai bun, nu doar bun**

CARE înseamnă a fi întotdeauna cu un pas înainte.

## Mulțumim pentru încredere

Stimată doamnă,  
Stimate domn,

Generali Group este unul dintre cei mai mari asigurători mondiali și europeni. Generali Asigurări este membră a Generali Holding Vienna și are o vechime pe piața românească de peste 170 de ani.

Relația pe care dorim să o dezvoltăm cu dumneavoastră este una de lungă durată, oferindu-vă asistență competentă și o paletă de produse individuale și dedicate.

Abordarea prin care Generali Asigurări se diferențiază pe piața de profil este CAREConcept, o viziune proprie asupra relațiilor cu asigurații noștri.

Suntem alături de clienții noștri cu soluții potrivite pentru fiecare etapă din viață, cu responsabilitatea calității și a performanței.

Vă mulțumim pentru încrederea acordată companiei Generali Asigurări.

Cu stimă,

Generali Asigurări S.A.

## Condiții de Asigurare privind Polița Accidente de Persoane - de Grup

<b>Definiții</b>	5
<b>Condiții Particulare de Asigurare</b>	
<b>Capitolul 1 Încheierea Contractului de Asigurare</b>	
Articolul 1 Prevederi Generale	7
<b>Capitolul 2 Riscuri Asigurate de Bază</b>	
Articolul 2 Deces din Eveniment Asigurat	7
Articolul 3 Invaliditatea Permanentă din Eveniment Asigurat	8
<b>Capitolul 3 Riscuri Asigurate Opțional</b>	
Articolul 4 Spitalizare Continuă din Eveniment Asigurat (S.A.B.P.)	8
Articolul 5 Convalescență din Accident (C.A.B.P.)	9
Articolul 6 Incapacitate Temporară de Muncă din Eveniment Asigurat (I.T.M.A.B.P.)	9
Articolul 7 Fracturi din Accident (F.A.)	9
Articolul 8 Arsuri din Accident (A.A.)	10
Articolul 9 Imobilizare în Aparat Ghipsat din Accident (I.A.G.)	10
Articolul 10 Intervenții Chirurgicale din Eveniment Asigurat (I.C.A.B.P.)	10
Articolul 11 Cheltuieli Medicale din Eveniment Asigurat (C.M.A.B.P.)	11
<b>Capitolul 4 Alte Prevederi Contractuale</b>	
Articolul 12 Excluderi	11
Articolul 13 Obligațiile / Drepturile Contractantului și ale Persoanei Asigurate	12
Articolul 14 Obligațiile Asigurătorului / Plata Indemnizației de Asigurare	13
Articolul 15 Procedură de Contestare	14
Articolul 16 Valabilitate Teritorială	14
Articolul 17 Cheltuieli, Taxe, Impozite	14
Articolul 18 Forul Competent	14
Articolul 19 Alte Reglementări	14
<b>Condiții Generale de Asigurare</b>	
Articolul 1. Contractul de asigurare	15
Articolul 2. Forma contractului	15
Articolul 3. Coasigurarea	15
Articolul 4. Evenimentul și riscul asigurat	15
Articolul 5. Împrejurările esențiale referitoare la risc	15
Articolul 6. Nerespectarea prevederilor art. 5	15
Articolul 7. Inexistența riscului	15
Articolul 8. Încheierea Contractului și Plata Primei	16
Articolul 9. Neplata Ratelor de Primă	16
Articolul 10. Compensarea	16
Articolul 11. Dovada Plății Primei	16
Articolul 12. Obligația de prevenire a producerii evenimentului asigurat	16
Articolul 13. Inspecția de risc	16
Articolul 14. Simularea sau exagerarea cu intenție a pagubei	16
Articolul 15. Schimbarea profesiei asiguratului	17
Articolul 16. Denunțarea contractului de asigurare. Reducerea sumei asigurate după producerea evenimentului asigurat	17
Articolul 17. Locul comunicărilor	17
Articolul 18. Impozitele	17
Articolul 19. Alte reglementări	17

## Definiții

În prezentele condiții de asigurare se adoptă următoarele definiții:

<b>Asigurător / Societate Contractant</b>	Generali Asigurări S.A.; persoana juridică cu care Asigurătorul încheie contractul de asigurare și care are obligația să plătească prima de asigurare;
<b>Persoană eligibilă</b>	orice persoană care este salariatul Contractantului și/sau orice persoană care are o relație contractuală de muncă cu Contractantul, indiferent de natura juridică a contractului, având vârsta cuprinsă între 16 și 69 de ani la data intrării în vigoare a poliței.
<b>Asigurat Beneficiar</b>	orice persoană eligibilă menționată în poliță; În caz de deces a Persoanei Asigurate, Beneficiar este, dacă nu se stipulează altfel de către Contractant, soțul/soția supraviețuitor/oare a(l) Persoanei Asigurate, după care urmează copiii recunoscuți sau adoptați, urmași de moștenitorii legali. În ceea ce privește toate celelalte indemnizații de asigurare, Beneficiarul este Contractantul, dacă nu se stipulează altfel de către acesta în scris;
<b>Poliță</b>	documentul eliberat de Asigurător și semnat de părțile contractante, care dovedește încheierea contractului de asigurare;
<b>Contract de asigurare</b>	actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare Asigurătorului în schimbul preluării de către acesta a riscului asigurat;
<b>Eveniment asigurat</b>	eveniment definit în condițiile contractuale de asigurare - respectiv Accidentul și/sau Boala Profesională - ce are ca rezultat producerea riscului asigurat; Boala profesională constituie eveniment asigurat numai în cazul în care a fost inclusă în asigurare prin înscrierea/marcarea câmpului corespunzător acesteia în poliță, fiind luată în calcul la stabilirea primei de asigurare;
<b>Accident</b>	eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care produce vătămări corporale ce pot fi stabilite în mod obiectiv și care are ca rezultat producerea riscului asigurat.
<b>Vătămare corporală</b>	vătămarea fizică a corpului Asiguratului, care poate fi stabilită din punct de vedere medical, cauzată de un eveniment asigurat (accident), cu condiția ca aceasta să fi avut loc în perioada de valabilitate a asigurării;
<b>Boală profesională</b>	afecțiune care se produce ca urmare a exercitării unei meserii sau profesii, cauzate de factori nocivi fizici, chimici sau biologici, caracteristici locului de muncă, precum și de suprasolicitarea diferitelor organe sau sisteme ale organismului în procesul de muncă. (Definiție conform art.30 din Legea 90/1996 – republicată) Afecțiunea trebuie să se manifeste pentru prima dată după data de început a asigurării. Sunt excluse din asigurare bolile profesionale care s-au manifestat și nu au fost vindecate complet înainte de data de început a asigurării precum și azbestoza.
<b>Riscuri asigurate de bază</b>	deces și/sau invaliditate permanentă suferite de Asigurat ca urmare a unui eveniment asigurat;
<b>Riscuri asigurate opțional (Clauze Speciale)</b>	spitalizare, convalescență, incapacitate temporară de muncă, fracturi, arsuri, cheltuieli medicale, imobilizare în aparat ghipsat și intervenție chirurgicale suferite de Asigurat ca urmare a unui eveniment asigurat;
<b>Sumă asigurată</b>	suma stabilită de Contractant în poliță, ca valoare maximă a indemnizației pe care Asigurătorul o plătește ca urmare a producerii riscului asigurat. Suma asigurată este garantată de Asigurator;
<b>Indemnizația de asigurare</b>	suma ce trebuie plătită de către Asigurător conform prezentelor condiții de asigurare, în cazul producerii riscului asigurat (de bază și/sau opțional);
<b>Prima de asigurare</b>	suma ce trebuie plătită de către Contractant în schimbul preluării riscurilor asigurate (de bază și/sau opționale) de către Asigurător;
<b>Invaliditate permanentă</b>	pierderea anatomică sau a capacității funcționale a unor organe sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent și pe o durată continuă de cel puțin 12 (douăsprezece) luni consecutive, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat;
<b>Spital</b>	unitate sanitară publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată legal și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;
- dispune de echipamente medicale adecvate și de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului;
- dispune de un serviciu de gardă cu participarea continuă a medicilor și a personalului auxiliar;

#### **Spitalizare continuă**

forma de internare într-o secție dintr-un Spital pentru tratarea urmărilor unui eveniment asigurat, cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru afecțiunile acute și urmările unui Eveniment asigurat pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv. Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale. Nu este acoperită spitalizarea în scopul tratării bolilor cronice, spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă.

Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:

- unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
- unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
- unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale, a bolnavilor cronici sau a convalescenților;
- structurile denumite "spitalizare de zi";
- instituțiile de „nursing” sau de îngrijiri medicale la domiciliu;
- sanatoriile balneare, cu excepția tratamentelor recuperatorii;
- clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;
- sanatoriile și preventoriile TBC precum și unitățile sau secțiile de ftiziologie;
- unități sau secții care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare, cu excepția tratamentelor recuperatorii.

#### **Convalescență:**

perioada în care Asiguratul urmează tratamentul și repausul recomandat de un medic de specialitate însă nu poate să-și continue, din motive obiective, activitatea profesională și orice altă activitate;

#### **Incapacitate temporară de muncă**

perioada în care Persoana Asigurată urmează tratamentul și repausul recomandat de un medic de specialitate însă nu poate să-și continue, din motive obiective, activitatea profesională pentru care are Contract de Muncă încheiat conform Legii;

#### **Fractură**

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

#### **Arsură**

leziune cutanată provocată de agenți fizici externi.

#### **Ghips**

dispozitiv medical de imobilizare a entorselor sau fracturilor osoase;

#### **Intervenție chirurgicală**

procedură medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate exclusiv în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- este practică în timpul Spitalizării, în secția de chirurgie a unui Spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

## Condiții Particulare de Asigurare

### Capitolul 1

#### Încheierea Contractului de Asigurare

##### Articolul 1

###### Prevederi Generale

- 1.1 Asigurarea este valabilă pentru evenimente asigurate întâmplare Asiguratului (persoanei asigurate), pe perioada de valabilitate a poliței:
  - 1.1.1 în exercitarea ocupațiilor profesionale declarate;
  - 1.1.2 ca urmare a unei acțiuni întreprinse din proprie inițiativă, pentru prevenirea ori înlăturarea unui pericol care amenință avutul public sau privat, sau pentru salvarea de vieți omenești;
  - 1.1.3 ca urmare a unor activități care nu au legătură cu procesul muncii, dacă are loc la sediul persoanei juridice sau la adresa persoanei fizice, în calitate de angajator, ori în alt loc de muncă organizat de acesta, în timpul programului de muncă și nu se datorează culpei exclusive a persoanei asigurate;
  - 1.1.4 în timpul și pe traseul normal al deplasării de la locul de muncă la domiciliu și invers;
  - 1.1.5 în desfășurarea oricărei alte activități normale, ce nu are caracter profesional - numai în cazul valabilității asigurării, stabilite prin înscrierea corespunzătoare în poliță, și pe perioada timpului liber, în afara programului de lucru;
  - 1.1.6 Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare, conform prezentelor condiții de asigurare, numai pentru evenimentele asigurate întâmplare în perioada de valabilitate a asigurării și notificate Asigurătorului conform prevederilor prezentelor Condiții Particulare art.13.5.;
- 1.2 În conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare, Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare pentru urmările directe și exclusive ale evenimentului asigurat, care sunt independente de condițiile fizice și patologice preexistente sau survenite înainte de data de început a asigurării.  
Influența pe care evenimentul asigurat putea să o exercite asupra condițiilor fizice și patologice preexistente sau survenite înainte de data de început a asigurării, precum și influența pe care acestea o pot avea asupra efectelor vătămărilor corporale produse prin eveniment asigurat, sunt consecințe indirecte și prin urmare nu se indemnizează.
- 1.3 În cazul unor mutilări sau defecte fizice preexistente, indemnizația pentru invaliditate permanentă este plătită numai pentru urmările directe cauzate de un eveniment asigurat ca și cum acesta ar fi survenit la o persoană integră din punct de vedere fizic, fără legătură cu prejudiciul mai mare derivat din condițiile preexistente.
- 1.4 La încetarea relațiilor contractuale de muncă între persoana asigurată și Contractantul poliței, acoperirea prin asigurare încetează pentru persoana respectivă.
- 1.5 Se consideră eveniment asigurat - accident, în sensul prezentelor condiții de asigurare și următoarele evenimente:
  - a) consecințele insolației, ale căldurii și frigului, ca și efectele expunerii prelungite la căldură și frig, de la care Asiguratul nu s-a putut sustrage din cauza unui eveniment asigurat indemnizabil potrivit condițiilor de asigurare;
  - b) urmările ingerării de substanțe, determinate de o cauză fortuită, fiind excluse consecințele intoxicațiilor cauzate de abuzul de alcool și de medicamente sau folosirii de substanțe stupefiante și/sau halucinogene;
  - c) asfixierea produsă de emanații de gaz sau vapori;
  - d) înecul;
  - e) leziunile corporale suferite în situații de legitimă apărare și de recurgere la solidaritatea umană în cazuri de agresiuni și de acte violente întâmplare chiar din motive politice, sociale și sindicale, ca și cele suferite cu ocazia unor mișcări populare, la care Asiguratul nu participa;
  - f) consecințele infecțiilor (fiind exclusă malaria și antrax) și ale otrăvirilor cauzate de mușcătura animalelor și înțepătura insectelor;
  - g) leziunile suferite ca urmare a imprudenței și neglijenței grave, ori în stare de indispoziție sau inconștiență, cu excepția celor cauzate de starea de ebrietate, abuzul de medicamente și folosirea de substanțe stupefiante și halucinogene;
  - h) herniile având cauze violente, ca și leziunile musculare cauzate de efort, cu precizarea că dacă acestea nu sunt operabile, Asigurătorul plătește numai indemnizația zilnică prevăzută pentru perioada de spitalizare, dacă clauza corespunzătoare este cuprinsă în asigurare.

### Capitolul 2

#### Riscuri Asigurate de Bază

##### Articolul 2

###### Deces din Eveniment Asigurat

- 2.1 Dacă decesul Asiguratului are loc ca urmare a vătămărilor corporale apărute în urma unui eveniment asigurat suferit în perioada valabilității poliței de asigurare, Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare conform sumei asigurate prevăzută în poliță pentru acest risc asigurat.
- 2.2 Indemnizația de asigurare se plătește cu condiția ca decesul Asiguratului să fi survenit în perioada de 365 (treisuteșaizecișicinci) zile de la data producerii evenimentului asigurat în cauză, cu respectarea prevederilor art.14 - 'Plata Indemnizației de Asigurare' din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

- 2.3 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 - 'Excluderi' din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

### **Articolul 3**

#### **Invaliditatea Permanentă din Eveniment Asigurat**

- 3.1 În cazul în care, ca urmare a vătămărilor corporale apărute în urma unui eveniment asigurat suferit în perioada de valabilitate a poliței, Asiguratul suferă o invaliditate permanentă totală sau parțială, iar invaliditatea se constată în termen de 365 (treisuteșaizecișicinci) zile din ziua în care s-a produs evenimentul asigurat, Asigurătorul se obligă să plătească o indemnizație de asigurare calculată în baza sumei asigurate prevăzută în poliță pentru acest risc asigurat.
- 3.2 Indemnizația de asigurare se calculează în baza procentelor și prevederilor din „Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă”, iar în cazul invalidității parțiale Asigurătorul va indemniza pe Asigurat doar dacă procentul sau suma procentelor respective este mai mare sau egală cu 15%.
- 3.3 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 3.4 În cazurile de Invaliditate permanentă nespecificate în „Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă”, indemnizația de asigurare se stabilește în funcție de gradul în care este diminuată definitiv capacitatea generală a Asiguratului pentru orice muncă utilă, indiferent de profesia sa, ținând cont de procentele corespunzătoare prevăzute în „Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă”.
- 3.5 În caz de pierdere anatomică sau de reducere funcțională a unui organ sau a unui membru deja deficient, procentele indicate în „Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă” se diminuează ținând seama de gradul de invaliditate preexistent.
- 3.6 În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în același Eveniment asigurate, indemnizația se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare leziune, până la limita maximă a 100 procente.
- 3.7 Stabilirea gradului de invaliditate se face pe baza certificatului medical constatator al invalidității permanente eliberat de autoritatea competentă iar plata indemnizației în caz de invaliditate permanentă se va face numai după terminarea tratamentului, în termen de 1 an de la data producerii evenimentului asigurat, dar nu mai devreme de 3 luni. În cazul în care invaliditatea permanentă este incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata indemnizației se poate face și înainte de terminarea tratamentului.
- 3.8 La cererea Asigurătorului, Asiguratul este obligat să se supună unei noi examinări medicale, în scopul stabilirii procentului din suma asigurată care va fi plătit pentru invaliditate permanentă.
- 3.9 După fiecare producere a unei invalidități permanente parțiale în urma unui eveniment asigurat și plata unei indemnizații de asigurare, suma asigurată pentru Invaliditate permanentă rămâne aceeași ca și înainte de plata indemnizației respective. În cazul în care se produce un alt eveniment asigurat în care Asiguratul suferă o altă Invaliditate permanentă parțială, indemnizația se va stabili prin aplicarea procentului corespunzător din Tabelul de procente pentru invaliditate permanentă, cu mențiunea că suma tuturor procentelor nu trebuie să depășească 100% din Suma asigurată pentru Invaliditate permanentă, pe toată durata asigurării.
- 3.10 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 - 'Excluderi' din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

### **Capitolul 3**

#### **Riscuri Asigurate Opțional**

Asigurările de bază prevăzute la Capitolul 2 se pot completa la încheierea asigurării cu următoarele riscuri asigurate opțional, în baza înscrierii acestora în poliță și cu plata primei de asigurare corespunzătoare fiecăreia:

- a) Spitalizare continuă din eveniment asigurat (S.A.B.P.);
- b) Convalescență din eveniment asigurat (C.A.B.P.);
- c) Incapacitate temporară de muncă din eveniment asigurat (I.T.M.A.B.P.);
- d) Fracturi din accident (F.A.);
- e) Arsuri din accident (A.A.);
- f) Imobilizare în aparat ghipsat din accident (I.A.G.);
- g) Intervenții chirurgicale din eveniment asigurat (I.C.A.B.P.);
- h) Cheltuieli medicale din eveniment asigurat (C.M.A.B.P.);

În cazul riscurilor asigurate opțional indemnizația de asigurare se plătește cu condiția ca riscul asigurat să se constate în perioada de 365 (treisuteșaizecișicinci) zile de la data întâmplării evenimentului asigurat în cauză și cu respectarea prevederilor art.14 - 'Plata Indemnizației de Asigurare' din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

### **Articolul 4**

#### **Spitalizare Continuă din Eveniment Asigurat (S.A.B.P.)**

- 4.1 În cazul în care, ca urmare a vătămărilor corporale apărute în urma unui eveniment asigurat suferit în perioada de valabilitate a poliței, Asiguratul este internat într-un Spital pentru o perioadă de minimum 3 zile, Asigurătorul va plăti, începând cu prima zi de internare pentru fiecare zi de spitalizare, indemnizația prevăzută în poliță pentru acest risc asigurat. Ziua de externare nu este indemnizată și nici nu intră în calculul perioadei minime de spitalizare.

- 4.2 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 4.3 Numărul maxim de zile de spitalizare continuă plătite ca urmare a unui eveniment asigurat este de 90 de zile.
- 4.4 Numărul maxim de zile de spitalizare plătite într-un an de asigurare este de 180 de zile.
- 4.5 Nu se acordă indemnizații de spitalizare decât Asiguratului căruia medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în scopul tratării consecințelor unui eveniment asigurat. Nu se plătesc indemnizații de spitalizare pentru internare în vederea tratării consecințelor unei îmbolnăviri care nu se încadrează în definiția bolilor profesionale sau în scopul efectuării unor investigații medicale ori analize de laborator cu scop de diagnostic.
- 4.6 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 - 'Excluderi' din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

## Articolul 5

### Convalescență din Accident (C.A.B.P.)

- 5.1 În cazul în care, urmare a producerii evenimentului asigurat în perioada valabilității poliței de asigurare, persoana asigurată, după o perioadă de spitalizare continuă de minimum 3 zile, este în incapacitate temporară de muncă, dovedită pe baza existenței unui concediu medical emis pe numele persoanei asigurate, Asiguratorul plătește indemnizația prevăzută în poliță pentru fiecare zi de convalescență, chiar dacă nu sunt consecutive, începând imediat după perioada de spitalizare continuă.
- 5.2 În cadrul perioadei de convalescență este acoperită numai perioada de incapacitate temporară de muncă postspitalizare.
- 5.3 Numărul maxim de zile de spitalizare și de convalescență cumulate într-un an asigurativ este de 180 de zile.
- 5.4 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 5.5 Numărul maxim de zile de convalescență plătite ca urmare a unui eveniment asigurat este de 90 zile.
- 5.6 Numărul maxim de zile de convalescență plătite într-un an de asigurare este de 180 de zile.
- 5.7 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

## Articolul 6

### Incapacitate Temporară de Muncă din Eveniment Asigurat (I.T.M.A.B.P.)

- 6.1 În cazul în care, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat în perioada valabilității poliței de asigurare, persoana asigurată este în incapacitate temporară de muncă, dovedită pe baza existenței unui concediu medical emis pe numele persoanei asigurate, Asiguratorul plătește indemnizația prevăzută în poliță pentru fiecare zi de concediu medical, chiar dacă nu sunt consecutive, începând imediat după perioada Franșizei Temporale de 3 (trei) zile. Franșiza Temporală (perioadă de așteptare) se aplică o singură dată per eveniment asigurat.
- 6.2 În cadrul perioadei de incapacitate temporară de muncă este acoperită perioada de:
- convalescență postspitalizare; sau
  - tratament ambulatoriu, pentru evenimentele asigurate care nu necesită spitalizare.
- 6.3 Numărul maxim de zile de spitalizare și de incapacitate temporară de muncă cumulate într-un an asigurativ este de 180 de zile.
- 6.4 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 6.5 Numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă plătite ca urmare a unui eveniment asigurat este de 90 de zile.
- 6.6 Numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă plătite într-un an de asigurare este de 180 de zile.
- 6.7 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 din prezentele Condiții de Asigurare.

## Articolul 7

### Fracturi din Accident (F.A.)

- 7.1 Asigurarea este operantă pentru cazul în care persoana asigurată suferă una sau mai multe fracturi ca urmare a vătămărilor corporale rezultate dintr-un accident. Asiguratorul va plăti o indemnizație calculată în baza sumei asigurate pentru fracturi, conform procentelor și prevederilor următoare:

Descrierea Tipului de Fraktură	Procentajul (%)
• Fraktură una sau mai multe vertebre prin compresie	50
• Fraktură femur	50
• Fraktură pelvis	50
• Fraktură gambă – ambele oase	40
• Fraktură humerus, claviculă, antebraț-ambele oase,	30
• Fraktură stern, mandibulă sau gambă - un singur os, coaste - două sau mai multe	20
• Fraktură omoplat, antebraț - un singur os sau calcaneu	15
• Fraktură carpiene, metacarpiene, metatarsiene, piramidă nazală, coaste - două sau mai multe	12
• Fraktură degetele de la mână sau picior, procese transversale vertebrale sau o coastă	10

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

- 7.2 Pentru fracturi compuse se aplică o majorare cu 25 % a indemnizației pentru fiecare caz în parte.
- 7.3 Pentru fracturi deschise se aplică o majorare cu 50 % a indemnizației prevăzute la art. 7.1 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare. În cazul fracturilor deschise care necesită intervenții chirurgicale, plata indemnizației pentru fracturi se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru intervenții chirurgicale.
- 7.4 Suma asigurată pentru fracturi este fixată pentru întreaga perioadă de asigurare, procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100 %.
- 7.5 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 7.6 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 - 'Excluderi' din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

## **Articolul 8**

### **Arsuri din Accident (A.A.)**

- 8.1 Asigurarea este operantă pentru cazul în care persoana asigurată, ca urmare a unui accident, suferă arsuri cu grad minim doi, extinse pe o suprafață din corp de minim 9 %.
- 8.2 Societatea va plăti o indemnizație calculată în baza sumei asigurate pentru arsuri, conform procentelor și prevederilor următoare:

Descrierea Tipului de Arsură	Procentajul (%)
• arsură de gradul doi pe o suprafață de până la 50 % din corp:	20 %
• arsură de gradul doi pe o suprafață de peste 50% din corp:	45 %
• arsură de gradul doi și trei pe o suprafață de până la 30% din corp:	60 %
• arsură de gradul doi și trei pe o suprafață de peste 30 % din corp:	80 %
• arsură de gradul trei și patru a organelor senzoriale:	100 %
• arsură de gradul trei și patru pe o suprafață de peste 10 % din corp:	100 %

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

- 8.3 Suma asigurată pentru arsuri este fixată pentru întreaga perioadă de asigurare, procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100 %.
- 8.4 În cazul în care arsura produce persoanei asigurate consecințe estetice cu caracter definitiv și invaliditate permanentă, plata indemnizației pentru arsuri se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru invaliditate permanentă.
- 8.5 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 8.6 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 - 'Excluderi' din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

## **Articolul 9**

### **Imobilizare în Aparat Ghipsat din Accident (I.A.G.)**

- 9.1 În cazul în care, ca urmare a vătămărilor corporale apărute în urma unui eveniment asigurat produs în perioada de valabilitate a poliței, persoana asigurată este imobilizată într-o îmbrăcămintă de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă, Asigurătorul plătește indemnizația prevăzută în poliță, pentru fiecare zi de imobilizare, pentru o perioadă maximă de 40 zile, chiar dacă nu sunt consecutive, dar într-un interval de până la 180 zile de la data evenimentul asigurat. Dacă Asiguratul a fost spitalizat și imobilizat în aparat ghipsat în aceeași perioadă, se va plăti doar indemnizația cu valoarea cea mai mare.
- 9.2 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 9.3 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 - 'Excluderi' din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

## **Articolul 10**

### **Intervenții Chirurgicale din Eveniment Asigurat (I.C.A.B.P)**

- 10.1 În cazul în care, urmare a unui eveniment asigurat produs în perioada de valabilitate a poliței, persoana asigurată suferă o intervenție chirurgicală și dacă persoana asigurată este încă în viață după 24 de ore de la finalizarea

- intervenției, Asigurătorul va plăti o Indemnizație de asigurare calculată în baza sumei asigurate pentru intervenții chirurgicale, conform procentelor și prevederilor din „Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale”.
- 10.2 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 10.3 Dacă nu este altfel specificat printr-un act adițional, două sau mai multe intervenții chirurgicale efectuate prin aceeași incizie abdominală vor fi considerate ca fiind o singură Intervenție chirurgicală.
- 10.4 Dacă în aceeași ședință operatorie se efectuează mai multe intervenții chirurgicale, Indemnizația de asigurare va fi cea corespunzătoare Intervenției chirurgicale efectuate care are cel mai ridicat procentaj în “Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale”.
- 10.5 Pentru orice intervenție chirurgicală neprecizată în „Tabelul de procente pentru intervenții chirurgicale”, Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o intervenție specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului în care acea intervenție este exclusă în mod explicit în contractul de asigurare.
- 10.6 Suma asigurată pentru intervenții chirurgicale în urma unui eveniment asigurat este aceeași pe toată durata asigurării și nu se modifică în urma plății indemnizației de asigurare. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment și pe an de asigurare.
- 10.7 Contractantul are obligația de a înștiința Asigurătorul, în termen de maximum 15 zile calendaristice de la terminarea intervenției chirurgicale suferite de către Asigurat, despre motivele intervenției și identitatea persoanei care a suferit această intervenție.
- 10.8 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.12 - ‘Excluderi’ din prezentele Condiții Particulare de Asigurare precum și următoarele evenimente:
- intervenții chirurgicale efectuate exclusiv în scop explorator sau diagnostic;
  - intervenții de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care Intervenția chirurgicală de acest tip este recomandată expres de către un medic de specialitate pentru repararea consecințelor unui eveniment asigurat;
  - intervențiile stomatologice; cu toate acestea, Asigurătorul va plăti indemnizații pentru Intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale, necesare ca urmare a unui eveniment asigurat, dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
  - intervențiile chirurgicale necesare ca urmare a arsurilor de gradul I;
  - intervenție chirurgicală în cazul unei infirmități sau a unui handicap anterioare încheierii contractului de asigurare;
  - intervenții chirurgicale ca urmare a unor operații sau tratamente anterioare efectuate greșit, în perioada de valabilitate a asigurării;
  - serviciile medicale furnizate de o rudă și/sau afin a Asiguratului;

#### **Articolul 11**

##### **Cheltuieli Medicale din Eveniment Asigurat (C.M.A.B.P.)**

- 11.1 Asigurarea este operantă pentru cazurile în care persoana asigurată, urmare a producerii evenimentului asigurat, este obligată să suporte următoarele cheltuieli medicale pe baza prescripției medicului:
- medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului, eliberată pe numele persoanei asigurate și cu certificarea rețetei originale;
  - achiziționare sau închiriere de proteze, cărje, scaune cu roțile și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului;
  - transportul cu ambulanță de la locul accidentului la cel mai apropiat spital/unitate medicală abilitată în acordarea primului ajutor sau de la acesta la un alt spital/clinică specializată, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament.
- 11.2 Asigurătorul indemnizează costurile acestor servicii de sănătate prestate persoanei asigurate, pe baza documentelor originale emise pe numele persoanei asigurate, până la limita maximă prevăzută în poliță.
- 11.3 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.14 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 11.4 Dacă la momentul producerii evenimentului asigurat, mai există o altă asigurare încheiată de Contractant și/sau persoana asigurată, care acoperă cheltuielile menționate la pct.11.1, răspunderea Asigurătorului se va limita la cota proporțională care-i revine cu privire la respectivul risc.
- 11.5 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art. 12 - ‘Excluderi’ din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

#### **Capitolul 4**

##### **Alte Prevederi Contractuale**

#### **Articolul 12**

##### **Excluderi**

- 12.1 Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare către acest Beneficiar. În acest caz indemnizația de asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați, aceasta va fi plătită moștenitorilor legali ai Asiguratului.
- 12.2 Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare dacă riscurile asigurate s-au produs ca urmare a:

- a) sinuciderii Asiguratului, oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea, tentativa de suicid, automutilarea sau îmbolnăvirea intenționată nu sunt considerate Eveniment asigurate;
- b) comiterii cu intenție de către Asigurat sau Beneficiar a unor fapte grave, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
  - i) fapte incriminate de dispozițiile legale privind circulația pe drumurile publice ca infracțiuni săvârșite cu intenție;
  - ii) participarea Asiguratului la acte de terorism sau sabotaj, săvârșirea vreunei infracțiuni contra patrimoniului ori contra vieții, integrității corporale și sănătății, așa cum sunt prevăzute de Codul penal (art.208-222; art.174-185), precum și în timpul sustragerii de la urmărirea penală pentru asemenea fapte;
  - iii) consumul de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,8 la mie, consumul de droguri;
  - iv) evenimentele care au drept cauză utilizarea de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă.
- c) evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
- d) unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice;
- e) participării active la întreceri cu vehicule cu motor desfășurate pe pământ, apă sau în aer, precum și ca urmare a participării la concursuri de schi, sărituri cu schiurile, bob, schibob, snowmobil precum și la antrenamente corespunzătoare acestor concursuri;
- f) unor răniri dobândite:
  - i) în timpul unei ascensiuni montane, acolo unde în mod normal se utilizează frânghii și materiale de alpinism;
  - ii) în urma practicării parașutismului, deltaplanorismului, utilizării de parapante, săriturilor cu coarda elastică, rafting, curse de cai, utilizării unui snowmobil, scufundărilor autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă;
  - iii) în urma practicării speologiei, surf-ului, windsurf-ului și schiatului;
- g) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- h) participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- i) zborului Asiguratului, ca pasager, în cadrul unor societăți aviatice neînregistrate legal pentru transportul de pasageri plătitori;
- j) oricărei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat sau Beneficiarul asigurării, în vederea obținerii indemnizației de asigurare;
- k) oricărei boli - exceptând pe cele încadrate conform definiției ca boli profesionale, dar numai în cazul în care acestea sunt acoperite corespunzător poliței de asigurare - stări patologice cronice și/sau acute, incidente și efecte accidentale ale tratamentelor medicale;
- l) oricărui eveniment care nu se încadrează în definiția evenimentului asigurat și în prevederile art.1 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare;
- m) sarcinii persoanei Asigurate (în primele nou luni de asigurare), nașterii copilului sau pierderii de sarcină, avortului sau consecințelor acestora, cu excepția avortului în scop terapeutic;
- n) unui eveniment asigurat anterior datei de început a poliței de asigurare, cu excepția cazului în care urmările au fost declarate la încheierea asigurării și acceptate în scris de către Asigurător.
- o) practicării activității profesionale sportive în cadrul unor asociații sportive, cluburi, etc.

### Articolul 13

#### Obligațiile / Drepturile Contractantului și ale Asiguratului

- 13.1 Contractantul este obligat la plata integrala a primelor/ratelor de asigurare până la data de scadență conform frecvenței de plată precizată în polița de asigurare sau în perioada de grație conform prevederilor art. 9 din prezentele Condiții Generale de Asigurare.
- 13.2 Contractantul are obligația anunțării oricăror modificări ale ocupației Asiguratului, în termen de 30 zile de la data producerii modificării. În caz contrar, Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare, cu excepția cazului în care se dovedește că factorii trecuți sub tăcere, respectiv factorii nedeclarați, nu au influențat în nici un fel producerea evenimentului asigurat și/sau a urmărilor acestuia privind riscul asigurat.
- 13.3 Contractantul are obligația anunțării oricărei modificări a contractului de asigurare. Modificarea intră în vigoare la data primirii de către Asigurător a înștiințării în scris.
- 13.4 Contractantul are obligația anunțării oricărei modificări a adresei sediului legal, de domiciliu sau de corespondență. Asigurătorul va trimite corespondența la ultima adresă de corespondență comunicată de către Contractant. Corespondența transmisă de Asigurător la ultima adresă de corespondență cunoscută se consideră primită de Contractant.
- 13.5 Contractantul are obligația de a notifica Asigurătorului producerea evenimentului / riscului asigurat în termen de 3(trei) zile. Dacă notificarea se face peste 3(trei) zile de la data producerii riscului asigurat, Asigurătorul poate reduce, în parte sau în totalitate, valoarea Indemnizației de asigurare. Notificarea riscului asigurat după 6 luni de la data producerii exonerează Asigurătorul de la plata oricărei indemnizații de asigurare. Notificarea se face prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, fax sau e-mail, care se transmite agenției prin care s-a încheiat asigurarea sau la Sediul Central al Asigurătorului.

- 13.6 Contractantul/Asiguratul sau Beneficiarul au obligația de a sprijini Asigurătorul în acțiunea sa pe lângă autoritățile care au legătură cu evenimentul asigurat, pentru finalizarea dosarului de daună.
- 13.7 Contractantul asigurării are dreptul să modifice la orice dată Beneficiarul/Beneficiarii Contractului de asigurare. Această modificare devine valabilă de la data primirii înștiințării scrise de către Asigurător.
- 13.8 Asiguratul este obligat să urmeze recomandările medicului de specialitate în ceea ce privește tratamentul, intervenția chirurgicală sau recuperarea. În caz contrar, Asigurătorul își rezervă dreptul de a diminua sau de a refuza plata indemnizației de asigurare.

#### **Articolul 14**

##### **Obligațiile Asigurătorului / Plata Indemnizației de Asigurare**

- 14.1 Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, conform prezentelor Condiții de Asigurare, pentru:
- Riscurile asigurate de bază, pentru evenimente asigurate care au avut loc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
  - Riscurile asigurate opțional, dacă acestea sunt menționate în polița de asigurare, pentru evenimente asigurate care au avut loc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.
- 14.2 Plata indemnizației de asigurare se face în urma notificării producerii riscului asigurat conform art. anterior 13.5.
- 14.3 În cazul decesului Asiguratului, Beneficiar al indemnizației de asigurare este, dacă nu se stipulează altfel de către Contractant, soțul/soția supraviețuitor/(oare) a(l) persoanei asigurate, după care urmează copiii recunoscuți sau adoptați, urmați de moștenitorii legali.
- 14.4 În ceea ce privește toate celelalte indemnizații de asigurare, acestea se vor plăti numai Contractantului, sau la cererea expresă în scris a acestuia, persoanei asigurate sau Beneficiarului acesteia sau reprezentanților legali ai persoanei asigurate, ale caror chitanțe vor descărca în mod corespunzător Asigurătorul.
- 14.5 Dacă Asiguratul decedează în termen de 365 (treisuteșaizecișicinci) zile de la data producerii evenimentului asigurat ca o consecință directă a acestuia, dacă a fost efectuată plata unei indemnizații de asigurare, Asigurătorul:
- plătește diferența dintre suma asigurată pentru deces și indemnizația deja plătită, când suma asigurată pentru deces este mai mare;
  - nu solicită vreo restituire, când suma asigurată pentru deces este inferioară indemnizației deja plătite.
- În toate celelalte cazuri, pentru orice eveniment asigurat, suma totală a indemnizațiilor de asigurare plătite nu poate depăși valoarea Sumei asigurate pentru Invaliditate permanentă din eveniment asigurat.
- 14.6 În cazul în care Asiguratul este dispărut dar nu există o hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții, acesta este prezumat de lege a fi în viață până la pronunțarea unei asemenea hotărâri sau până la constatarea fizică a decesului.
- În urma pronunțării hotărârii judecătorești definitive declarative a morții, care stabilește ca dată a decesului o dată cuprinsă în perioada de valabilitate a poliței sau la constatarea fizică a decesului, Asigurătorul datorează indemnizația de asigurare prevăzută în polița de asigurare.
- Indemnizația de asigurare se va plăti conform art.14.3. Dacă la un moment dat, după plata indemnizației pentru deces din eveniment asigurat, se descoperă ca Asiguratul este încă în viață, toate plățile vor fi rambursate Asigurătorului la întreaga lor valoare.
- 14.7 Dacă Beneficiarul este minor la data producerii evenimentului asigurat, plata indemnizației de asigurare se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 14.8 Plata Indemnizației de asigurare se face numai după prezentarea următoarelor acte, după caz:
- polița de asigurare în original sau în copie;
  - proces-verbal de constatare a evenimentului asigurat încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi producerea evenimentului asigurat (de exemplu, documente medicale eliberate de instituția medicală care a tratat Asiguratul, declarații cu martori etc.);
  - certificatul medical constatator al invalidității permanente, eliberat de autoritatea competentă;
  - certificatul de deces al Asiguratului în original sau în copie legalizată, precum și copie după certificatul medical constatator al decesului vizat de registrul de stare civilă;
  - biletul de ieșire din spital, copie după foaia de observație din spital a Asiguratului sau alte adevăruri medicale;
  - adeverință de la locul de muncă care să ateste ocupația Asiguratului la data producerii evenimentului asigurat;
  - actul de identitate al Asiguratului/Beneficiarului;
  - în caz de incapacitate temporară de muncă, adeverința de concediu medical emisă pe numele persoanei asigurate;
  - adeverință care să ateste faptul că Asiguratul a absentat de la locul de muncă din motive medicale;
- 14.9 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii indemnizației de asigurare. Asigurătorul poate solicita ca Asiguratul să fie consultat de către un medic desemnat de către acesta.
- 14.10 Refuzul Contractantului/Asiguratului sau Beneficiarului de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate dă dreptul Asigurătorului de a refuza plata indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările evenimentului asigurat.
- 14.11 Asigurătorul va efectua plata indemnizației de asigurare în termen de 30 de zile de la data la care documentația solicitată pentru dosarul de daună este completă.
- 14.12 Plata indemnizației de asigurare se va face în moneda în care s-a încasat prima de asigurare.
- 14.13 Indemnizația de asigurare se datorează independent de sumele convenite Asiguratului sau Beneficiarului din asigurările sociale, de repararea prejudiciului de cei răspunzători de producerea sa, precum și de sumele primite

de la alți asigurători în temeiul altor contracte de asigurare. Creditorii Asiguratului nu au dreptul să urmărească indemnizația de asigurare cuvenită Beneficiarilor sau moștenitorilor legali, după caz.

## **Articolul 15**

### **Procedura de Contestare**

- 15.1 În cazul în care există diferențe de opinii între Contractant/Asigurat și Asigurător în ceea ce privește:
- valoarea indemnizației de asigurare propusă Asiguratului;
  - procentul de invaliditate aferent invalidității suferite;
  - urmările evenimentului asigurat, context în care se cercetează dacă urmările acestuia au fost influențate de afecțiuni preexistente sau de urmările unui eveniment asigurat anterior datei de început a asigurării;
- atunci decizia aparține unei comisii medicale numite pentru soluționarea acestor diferențe de opinii.
- 15.2 În urma deciziei comisiei medicale conform art.15.1, Contractantul/Asiguratul și Asigurătorul pot face contestație în termen de 3 luni de la data emiterii deciziei. Contestația se judecă de către forul judecătoresc competent în autoritatea căruia se găsește sediul social al Asiguratorului.
- 15.3 Comisia medicală este alcătuită din trei membri, numiți astfel:
- un medic de specialitate numit de Asigurător;
  - un medic de specialitate numit de Contractant/Asigurat;
  - un medic de specialitate agreeat de cei doi medici de mai sus, care este șeful comisiei.
- 15.4 Asiguratul este obligat să se supună examinării medicale și să întreprindă toate măsurile considerate necesare de către comisia medicală.
- 15.5 Comisia medicală întocmește un proces verbal prin care motivează în scris decizia sa. În caz de diferențe de opinii, fiecare medic notează conținutul opiniei proprii. Dacă este necesară decizia șefului comisiei, aceasta este trecută în procesul verbal împreună cu temeiul acesteia. Decizia șefului comisiei medicale este determinantă și prevalează în cazul divergențelor de opinii. Procesul verbal se comunică părților, iar originalul este păstrat de Asigurator.
- 15.6 Costurile comisiei medicale sunt stabilite de aceasta și sunt suportate:
- în cazul art.15.1 lit. a) și b), de partea care cere reevaluarea;
  - în cazul art.15.1 lit.c), de către Contractant/Asigurat și Asigurator. Partea de costuri care revine Asiguratorului este limitată la 1% din Suma asigurată la deces și invaliditate permanentă, cumulate, dar nu mai mult de 25% din indemnizația în litigiu.

## **Articolul 16**

### **Valabilitatea Teritorială**

Asigurările de bază, precum și asigurările pentru riscurile opționale - dacă sunt operante, sunt valabile în întreaga lume.

## **Articolul 17**

### **Cheltuieli, Taxe, Impozite**

Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile primelor de asigurare sau indemnizațiilor de asigurare sunt în sarcina Contractantului asigurării, respectiv Beneficiarului asigurării, în conformitate cu prevederile legale în domeniu.

## **Articolul 18**

### **Forul Competent**

Forul judecătoresc competent în soluționarea litigiilor apărute între părți este cel în autoritatea căruia se găsește sediul legal al Asiguratorului.

## **Articolul 19**

### **Alte Reglementări**

Prevederile Condițiilor Particulare de Asigurare se completează cu cele ale Condițiilor Generale de Asigurare, în măsura în care acestea nu contravin prezentelor Condiții Particulare de Asigurare, precum și cu dispozițiile legale în vigoare.

## Condiții Generale de Asigurare

### Articolul 1

#### Contractul de Asigurare

Contractul de asigurare este reglementat de Condițiile Generale de Asigurare, de Condițiile Particulare de Asigurare ale fiecărei polițe, de Clauzele Speciale, în cazul în care sunt menționate în mod expres în poliță, de Actele Declarative (Anexe și Acte Adiționale) și de alte înțelegeri scrise, semnate de părți, toate făcând parte integrantă din contract.

### Articolul 2

#### Forma Contractului

- 2.1 Contractul de asigurare se încheie în scris, sub sancțiunea nulității, și nu se poate dovedi prin martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă.
- 2.2 Dispozițiile aliniatului precedent se aplică și tuturor modificărilor ulterioare ale contractului de asigurare.

### Articolul 3

#### Coasigurarea

În cazul în care asigurarea aceluiași risc este repartizată între mai multe societăți de asigurare în cote determinate, Societatea răspunde numai proporțional cu cota sa de participare, chiar dacă polița este unică și este semnată de mai multe societăți de asigurare.

### Articolul 4

#### Evenimentul și Riscul Asigurat

- 4.1 Obligația Societății de a plăti indemnizația ia naștere numai ca urmare a producerii evenimentului asigurat.
- 4.2 Definiția evenimentului asigurat și a riscului asigurat este dată de prevederile contractului de asigurare menționat la art.1.

### Articolul 5

#### Împrejurările Esențiale Referitoare la Risc

- 5.1 Persoana cu care urmează să se încheie asigurarea este obligată să răspundă în scris la întrebările formulate de Societate, cu privire la împrejurările esențiale referitoare la risc pe care le cunoaște.
- 5.2 În toate cazurile în care împrejurările esențiale privind riscul, la care face referire alineatul precedent, se schimbă în cursul executării contractului, Asiguratul este obligat să comunice în scris Societății schimbarea, imediat ce a cunoscut-o. Ca urmare a comunicării, societatea are dreptul să propună asiguratului modificarea corespunzătoare a contractului, conform noilor împrejurări privind riscul, sau, să-l denunțe, în cazul în care în aceste noi împrejurări contractul nu s-ar fi încheiat. Societatea va înștiința în scris Asiguratul privind modificările aduse contractului, sau va denunța contractul, cu un preaviz de cincisprezece zile lucrătoare.

### Articolul 6

#### Nerespectarea Prevederilor Art. 5

- 6.1 Dacă Asiguratul a dat răspunsuri inexacte sau incomplete ori dacă nu a făcut imediat Societății comunicarea cu privire la schimbarea împrejurărilor esențiale privind riscul, Societatea are dreptul, înainte de producerea evenimentului asigurat:
  - să propună Asiguratului modificarea contractului, cu ajustarea corespunzătoare a primelor;
  - să denunțe contractul, cu returnarea integrală a primelor încasate, în cazul în care, cunoscând exact împrejurările, acesta nu s-ar fi încheiat.
- 6.2 După producerea evenimentului asigurat, Societatea are dreptul să reducă indemnizația cuvenită, corespunzător raportului dintre prima de asigurare stabilită și cea care, cunoscându-se exact împrejurările, ar fi cuvenită, sau să refuze plata indemnizației dacă, față de acele împrejurări, contractul nu s-ar fi încheiat, restituind integral prima de asigurare încasată.
- 6.3 În cazurile prevăzute la art. 6.1 și 6.2 dacă Asiguratul a fost de rea credință, înainte de producerea evenimentului asigurat, Societatea va denunța contractul, iar după producerea aceluși eveniment va refuza plata indemnizației, fără restituirea primelor de asigurare.

### Articolul 7

#### Inexistența Riscului

Dacă înainte de a începe obligația Societății, riscul asigurat s-a produs sau producerea lui a devenit imposibilă, precum și în cazul în care după începerea obligației Societății, producerea riscului a devenit imposibilă, contractul se reziliază de drept.

## **Articolul 8**

### **Încheierea Contractului și Plata Primei**

- 8.1 Asigurarea este încheiată prin emiterea poliței de către Societate, aceasta preluând riscul producerii evenimentului asigurat începând de la data fixată în poliță, dar în nici un caz înainte de ora 24 a zilei în care s-a încasat prima de asigurare, perioada prevăzută în contract rămânând neschimbată.
- 8.2 În cazul în care polița a fost emisă dar nu a fost încasată prima de asigurare sau cea dintâi rată a primei, asigurarea se consideră suspendată până la ora 24 a zilei în care s-a efectuat plata.
- 8.3 La expirarea unui termen de 3 luni de la data de început a asigurării prevăzută în poliță, dacă prima de asigurare sau cea dintâi rată a primei nu a fost plătită, asigurarea se reziliază în mod automat de către Societate, Asiguratul având obligația de a restitui exemplarul original al poliței aflat în posesia sa.

## **Articolul 9**

### **Neplata Ratelor de Primă**

- 9.1 Pentru ratele următoare de primă, Societatea acordă un termen de grație de 15 zile, la expirarea caruia, dacă rata nu a fost achitată, asigurarea se suspendă și reintră în vigoare la ora 24 a zilei plății, rămânând neschimbate scadențele stabilite în contract.
- 9.2 Asiguratul are obligația de a plăti integral prima de asigurare respectiv, ratele de primă convenite de comun acord, sub sancțiunea aplicării de către Societate a regulii „pro rata temporis” la stabilirea perioadei asigurate, fără acordarea termenului de grație de 15 zile prevăzut la 9.1. La expirarea perioadei asigurate calculate „pro rata temporis” asigurarea se suspendă și reintră în vigoare de la ora 24 a zilei de plată a diferenței de primă scadentă și restantă rămânând neschimbate scadențele stabilite la încheierea asigurării.
- 9.3 În cazurile prevăzute la 9.1 și 9.2, începând cu a 30-a zi de suspendare a asigurării, Societatea își rezervă dreptul să rezilieze contractul de asigurare prin scrisoare recomandată, fără îndeplinirea vreunor formalități ulterioare.
- 9.4 Pentru evenimente întâmplare în perioada de suspendare Societatea nu plătește indemnizații de asigurare, perioada de asigurare prevăzută în contract nefiind prelungită cu durata suspendării.

## **Articolul 10**

### **Compensarea**

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

## **Articolul 11**

### **Dovada Plății Primei**

În toate cazurile dovada plății primelor de asigurare revine Asiguratului, înscrisul constatator fiind chitanta, dispoziția de plata sau alt document probator al plății.

## **Articolul 12**

### **Obligația de Prevenire a Producerii Evenimentului Asigurat**

Asiguratul este obligat să depună toate diligențele pentru a preveni producerea evenimentului asigurat, luând în acest scop toate măsurile necesare, ca și când nu ar fi asigurat.

## **Articolul 13**

### **Inspekția de Risc**

- 13.1 Societatea are întotdeauna dreptul de a efectua inspekții de risc asupra împrejurărilor esențiale care pot conduce la producerea evenimentului asigurat.
- 13.2 Contractantul sau Asiguratul au obligația de a furniza toate informațiile și datele necesare cu privire la obiectul asigurării atât la momentul încheierii poliței cât și în cursul derularii contractului.
- 13.3 Exercițarea de către Societate a dreptului de a inspecta nu-l scutește pe Asigurat sau Contractant de nici una din obligațiile lui.

## **Articolul 14**

### **Simularea sau Exagerarea cu Intenție a Pagubei**

Dacă Asiguratul sau Contractantul simulează producerea evenimentului asigurat sau exagerează cu intenție gravitatea urmărilor Evenimentul asiguratului, folosește spre justificare mijloace sau documente mincinoase sau frauduloase, facilitează agravarea temporară a stării sau întreprinde orice alte fapte care au drept scop inducerea în eroare a Societății cu privire la valoarea indemnizației de asigurare convenite sau producerea evenimentului asigurat, Asiguratul decede din dreptul la indemnizație iar Societatea poate rezilia contractul fără restituirea proporțională a primei de asigurare.

## **Articolul 15**

### **Schimbarea Profesiei Asiguratului**

Schimbarea profesiunii sau a activității Asiguratului este o împrejurare esențială pentru evaluarea riscului, ca urmare, se aplică dispozițiile articolelor 5 și 6.

## **Articolul 16**

### **Denunțarea Contractului de Asigurare. Reducerea Sumei Asigurate după Producerea Evenimentului Asigurat**

- 16.1 Ca urmare a comunicării producerii evenimentului asigurat, Societatea are dreptul de a denunța, cu un preaviz de cincisprezece zile lucrătoare, atât contractul în cauza cât și alte contracte încheiate cu același Asigurat. Prevederile contractuale se aplică pentru toate evenimentele asigurate survenite înainte de denunțare sau reziliere, până la lichidarea definitivă a daunelor.
- 16.2 Societatea va restitui Contractantului partea de primă corespunzătoare perioadei pentru care și-a exercitat dreptul de denunțare.
- 16.3 Dacă dreptul la denunțare nu se exercită, asigurarea rămâne în continuare în vigoare pentru o sumă asigurată redusă cu valoarea indemnizației plătite, cu excepția cazului în care suma asigurată este reîntregită, la solicitarea Asiguratului, prin plata unei prime suplimentare și emiterea unui act adițional.

## **Articolul 17**

### **Locul Comunicărilor**

Toate comunicările cu privire la executarea prezentului contract trebuie să fie efectuate în scris, prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire după cum urmează:

- cele destinate Societății, la sediul legal al acesteia, așa cum rezultă din poliță sau din modificările succesive înscrise, conform legii, în Registrul Comerțului;
- cele adresate Contractantului, la adresa indicată în poliță sau la aceea care a fost menționată expres de către Contractant pentru trimiterea comunicărilor.

## **Articolul 18**

### **Impozitele**

Toate impozitele și taxele prezente și viitoare referitoare la prima de asigurare, la poliță și alte acte care depind de aceasta, sunt în sarcina Asiguratului.

## **Articolul 19**

### **Alte Reglementări**

Prevederile prezentelor Condiții Generale se completează cu cele ale condițiilor particulare de asigurare și cu dispozițiile legale în materie.