



---

Condiții de asigurare  
privind Polița de Asigurare  
Accidente de Persoane de Grup

---

Condiții valabile din iulie 2015/ Mod APG 05

**Cuprins**

**Condiții de Asigurare privind Polița de Asigurare Accidente de Persoane de Grup**

<b>Definiții</b> .....	<b>3</b>
<b>Condiții Generale</b> .....	<b>4</b>
Articolul 1. Contractul de asigurare .....	4
Articolul 2. Forma și dovada contractului .....	4
Articolul 3. Coasigurarea .....	4
Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat .....	5
Articolul 5. Împrejurările esențiale referitoare la risc .....	5
Articolul 6. Declarațiile inexacte sau reticența privind riscul .....	5
Articolul 7. Inexistența riscului .....	5
Articolul 8. Interesul asigurabil .....	5
Articolul 9. Asigurarea în contul altei persoane .....	5
Articolul 10. Încheierea contractului și plata primei de asigurare .....	6
Articolul 11. Obligațiile asiguratului .....	6
Articolul 12. Denunțarea contractului de asigurare .....	7
Articolul 13. Locul comunicărilor .....	7
Articolul 14. Excluderi generale .....	7
Articolul 15. Alte reglementări .....	7
<b>Condiții Particulare</b> .....	<b>8</b>
Capitolul 1 - Încheierea contractului de asigurare .....	8
Art. 1 Prevederi generale .....	8
Capitolul 2- Riscuri asigurate de bază .....	8
Art. 2 Deces din eveniment asigurat .....	8
Art. 3 Invaliditatea permanentă din eveniment asigurat .....	8
Capitolul 3 - Riscuri Asigurate Opțional .....	9
Art. 4 Spitalizare continuă din eveniment asigurat (S.A.B.P.) .....	9
Art. 5 Incapacitate Temporară de Muncă (I.T.M.A.B.P.) .....	9
Art. 6 Fracturi din Accident (F.A.) .....	10
Art. 7 Arsuri din Accident (A.A.) .....	10
Art. 8 Imobilizare în aparat ghipsat din accident (I.A.G.) .....	10
Art. 9 Intervenții chirurgicale din eveniment asigurat (I.C.A.B.P.) .....	11
Art. 10 Cheltuieli Medicale din eveniment asigurat (C.M.A.B.P.) .....	11
Capitolul 4 - Alte prevederi contractuale .....	11
Art. 11 Excluderi .....	11
Art. 12 Obligațiile / Drepturile Contractantului și ale Asiguratului .....	12
Art. 13 Obligațiile Asigurătorului / Plata Indemnizației de asigurare .....	13
Art. 14 Procedura de Contestare .....	13
Art. 15 Valabilitatea teritorială .....	14
Art. 16 Cheltuieli, Taxe, Impozite .....	14
Art. 17 Alte reglementări .....	14

**Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.**

Companie membră a Grupului Generali, listat în Registrul Grupurilor de asigurare gestionat de către IVASS sub nr. 26, Administrată în sistem dualist, cu Sediul Social în București, Sector 1, Piața Charles de Gaulle nr. 15, etajele 6 și 7, Cod poștal 011857, Telefon + 40 21 312 36 35, Fax +40 21 312 37 20, Call Center: +40 372 01 02 02, www.generali.ro, E-mail: info.ro@generali.com, Autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Cod Unic RA-002, EN ISO 9001: 2008 - Sistem de Management al Calității, Certificat R.C.: J40/17484/2007, C.I.F.: RO 2886621, Cod LEI : 213800J9BYTZ1Z4YK783, Capital social: 178.999.221,7 Lei, avizat la ANSPDCP cu nr. 15699.

## Definiții

În prezentul contract de asigurare se adoptă următoarele definiții:

<b>Societate:</b>	societatea de asigurare in calitate de Asigurator care preia riscul asigurat si cu care Asiguratul/ Contractantul încheie Contractul de asigurare, ale cărei date de identificare sunt înscrise în polița de asigurare.
<b>Contractul de asigurare</b>	actul juridic bilateral prin care Asiguratul se obligă să plătească prima de asigurare Societății, în schimbul preluării de către aceasta a riscului asigurat.
<b>Asigurat</b>	persoana care are un contract de asigurare încheiat cu Societatea și care este titular a interesului asigurabil.
<b>Contractant</b>	persoana cu care Societatea încheie contractul de asigurare, dacă aceasta este diferită de Asigurat și care este obligată să plătească prima de asigurare.
<b>Beneficiar</b>	titularul caruia îi este plătită despăgubirea, dacă este diferit de Asigurat, pe baza manifestării de voință a acestuia din urmă.
<b>Despăgubire/indemnizație</b>	suma pe care Societatea o achită Asiguratului/Beneficiarului la apariția riscului asigurat, ca urmare a producerii evenimentului asigurat, în baza contractului de asigurare, în limitele și termenele convenite.
<b>Franșiză</b>	suma fixă (fie chiar exprimată ca procent din suma asigurată) și/sau procentul din valoarea daunei, care rămâne în sarcina exclusivă a Asiguratului, fără ca el să poată, cu riscul decăderii din dreptul la despăgubire, să o asigure la alte societăți.
<b>Risc asigurat</b>	eveniment viitor, brusc, posibil dar incert, pentru ale cărui urmări /consecințe se încheie contractul de asigurare.
<b>Suma asigurată</b>	suma maximă în limita căreia Societatea plătește indemnizația/despăgubirea în conformitate cu condițiile de asigurare.
<b>Primă de asigurare</b>	suma datorată de Asigurat în schimbul asumării riscului de către Societate (prețul asigurării).
<b>Poliță de asigurare</b>	documentul emis și semnat de Societate care dovedește încheierea contractului de asigurare.
<b>Eveniment asigurat</b>	producerea riscului asigurat care cauzează apariția unei daune (pagube).
<b>Dauna (paguba)</b>	prejudiciu efectiv suferit de Asigurat în urma producerii evenimentului asigurat.
<b>Persoană eligibilă:</b>	orice persoană care este salariată 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>Accident:</b>	eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acțiunii bruște asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrice etc) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, fungice, bacteriene etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară etc., nu pot fi incluse în această categorie;
<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:</b>	spitalizare, 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>Grup:</b>	Minimum 10 persoane care au o relație de muncă cu Contractantul, inclusiv directorii, directorii executivi, managerii, administratorii etc., care au un contract de muncă / contract de mandat încheiat cu Contractantul. De asemenea, grupul poate fi constituit și din minim 10 persoane care au o altă relație contractuală cu Contractantul (membrii unei asociații, ai unui sindicat, ai unui club, etc);
<b>Asigurare de grup:</b>	Asigurare acordată unui anumit număr de persoane (minim 10), în care Contractantul este angajatorul persoanelor respective sau asociația din care fac parte;
<b>Indemnizația de asigurare:</b>	suma pe care Societatea o achită Asiguratului/Beneficiarului la apariția riscului asigurat, ca urmare a producerii evenimentului asigurat, în baza contractului de asigurare, în limitele și termenele convenite.
<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;
- 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.

**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 și orice altă activitate.

**Fractură:**

leziune datorată unui Accident, caracterizată prin întreruperea continuității unui os, leziune ce poate fi completă sau incompletă, cu sau fără deplasarea fragmentelor osoase.

**Arsură:**

leziune cutanată sau mucoasă provocată de agenți fizici (căldura, radiațiile, electricitatea) și chimici

**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 Generale

### Articolul 1. Contractul de asigurare

1.1 Contractul de asigurare este reglementat de Condițiile de Asigurare (incluzând Condițiile Particulare, Condițiile Generale), polița de asigurare, de Clauzele Speciale/Adiționale în cazul în care sunt menționate în mod expres în polița de asigurare, de Anexe, de Actele Declarative/Adiționale, de Cererea Chestionar, de alte înțelegeri scrise, semnate de părți, toate făcând parte integrantă din contract.

Respectarea riguroasă și îndeplinirea dispozițiilor prevăzute în acest contract, în măsura în care se referă la obligațiile care-i revin Asiguratului, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile Asiguratului la chestionarul de asigurare, ca și cele din cererea de asigurare sunt adevărate, vor fi o condiție ce precede orice răspundere care revine Asigurătorului.

1.2 Asiguratul poate transmite drepturile de despăgubire decurgând din contractul de asigurare, prin desemnarea unui terț beneficiar. Transmiterea drepturilor și/sau obligațiilor născute în baza contractului de asigurare nu se va putea realiza fără acordul prealabil scris al celeilalte părți, în caz contrar transmitiunea nefiind opozabilă părții care nu și-a dat acordul.

### Articolul 2. Forma și dovada contractului

2.1 Contractul de asigurare trebuie să fie încheiat în scris, și nu se poate dovedi prin martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă. Dacă documentele de asigurare au dispărut prin forță majoră sau caz fortuit și nu există posibilitatea obținerii unui duplicat, existența și conținutul lor pot fi dovedite prin orice mijloc de probă.

2.2 Dispozițiile alineatului precedent se aplică și tuturor modificărilor ulterioare ale contractului de asigurare.

2.3 Încheierea contractului de asigurare se constată prin polița de asigurare sau certificatul de asigurare emis și semnat de Societate, precum și prin plata primei de asigurare.

2.4 Documentele care atestă încheierea unei asigurări pot fi semnate și certificate prin mijloace electronice.

### Articolul 3. Coasigurarea

Coasigurarea este operațiunea prin care doi sau mai mulți asigurători acoperă același risc, fiecare asumându-și o cota-parte din acesta. Fiecare coasigurator răspunde față de asigurat numai în limita sumei pentru care s-a angajat prin contractul de asigurare.

## **Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat**

Definirea evenimentului asigurat și a riscului asigurat este precizată în contractul de asigurare.

## **Articolul 5. Împrejurările esențiale referitoare la risc**

- 5.1 Persoana care contractează asigurarea este obligată să răspundă, în scris, la întrebările formulate de Societate, precum și să declare, la data încheierii contractului de asigurare, orice informații sau împrejurări pe care le cunoaște și care, de asemenea, sunt esențiale pentru evaluarea riscului.
- 5.2 În toate cazurile în care împrejurările esențiale privind riscul, la care face referire alineatul precedent, se schimbă în cursul derulării contractului, Asiguratul și/sau Contractantul este obligat să comunice, în scris, Societății schimbarea, imediat ce a cunoscut-o, dar nu mai târziu de 10 zile de la data când a luat la cunoștință despre împrejurările esențiale referitoare la risc. Ca urmare a comunicării, Societatea are dreptul să propună Asiguratului modificarea corespunzătoare a contractului, conform noilor împrejurări privind riscul sau să-l rezilieze, 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 rezilia contractul, cu un preaviz de 10 zile. Dacă Asiguratul/Contractantul nu a comunicat, în scris, Societății modificarea împrejurărilor esențiale cu privire la risc în termenul prevăzut în prezentul articol, acoperirea prin poliță se suspendă de la data la care Asiguratul/Contractantul a luat la cunoștință de împrejurările esențiale referitoare la risc.
- 5.3 Schimbarea/încetarea activității desfășurate la locația asigurată, schimbarea utilizării bunului sau a profesiei Asiguratului (în cazul asigurărilor de persoane sau raspundere civila profesionala), schimbarea destinației și/sau a modalității de utilizare a bunului asigurat, insolvența și/sau falimentul, alte asigurări pentru același risc sunt împrejurări esențiale pentru evaluarea riscului și ca urmare, se aplică dispozițiile prezentului articol și articolului 6.

## **Articolul 6. Declarațiile inexacte sau reticența privind riscul**

- 6.1 În afară de cauzele generale de nulitate, contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență/omisiune făcută cu rea-credință de către Asigurat ori Contractantul asigurării cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Societate, ar fi determinat-o pe aceasta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența/omisiunea nu a avut influență asupra producerii riscului asigurat. Primele plăți rămân dobândite Societății, care, de asemenea, poate cere și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.
- 6.2 Declarația inexactă sau reticența/omisiunea din partea Asiguratului ori a Contractantului asigurării a cărei rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea asigurării. În cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței/omisiunii are loc anterior producerii riscului asigurat, Societatea are dreptul fie de a menține contractul solicitând majorarea primei, fie de a rezilia contractul la împlinirea unui termen de 10 zile, calculate de la notificarea primită de Asigurat, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele plătite aferentă perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai validează. Atunci când constatarea declarației inexacte sau a reticenței/omisiunii are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite sau respingerea dreptului la despăgubire în cazul în care în aceste împrejurări contractul de asigurare nu s-ar fi încheiat.

## **Articolul 7. Inexistența riscului**

- 7.1 Contractul de asigurare se desființează de drept dacă riscul asigurat s-a produs ori producerea acestuia a devenit imposibilă înainte de intrarea în valabilitate a contractului de asigurare, precum și dacă producerea riscului asigurat a devenit imposibilă după data intrării în valabilitate a contractului de asigurare.
- 7.2 Diferența dintre prima plătită și cea calculată conform alineatului precedent se restituie Asiguratului sau Contractantului asigurării numai în cazurile în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a asigurării.

## **Articolul 8. Interesul asigurabil**

- 8.1 Asiguratul trebuie să aibă un interes față de obiectul asigurării pe care o încheie.
- 8.2 În cazul în care interesul asigurabil lipsește, contractul încheiat este nul de drept și Societatea are dreptul de a reține primele încasate în cazul în care Contractantul este de rea credință.
- 8.3 Dacă interesul asigurabil aparține altei persoane, Contractantul va trebui să declare acest fapt în mod explicit, în scris, înainte de încheierea contractului, aceasta fiind o împrejurare esențială pentru evaluarea riscului, în sensul și cu efectele ce decurg din dispozițiile articolelor 5 și 6.

## **Articolul 9. Asigurarea în contul altei persoane**

- 9.1 Cu excepția acordului contrar expres, contractul de asigurare este încheiat de Asigurat care are un interes asigurabil asupra obiectului asigurării. Din acest motiv, în mod normal, Asiguratul are și calitatea de Contractant.
- 9.2 În cazul în care Contractantul dorește să încheie asigurarea pentru un interes asigurabil care aparține în tot sau în parte altei persoane, Contractantul va trebui să declare explicit acest fapt, în scris, înainte de încheierea contractului asumându-și în caz contrar rolul Asiguratului, altfel, se aplică dispozițiile articolului 8.2.
- 9.3 În cazul în care asigurarea este încheiată în contul altei persoane sau în favoarea celui care va rezulta ca titular al interesului asigurabil în momentul producerii evenimentului asigurat, Contractantul trebuie să respecte obligațiile care decurg din contractul de asigurare, în afara celor care, prin natura lor, nu pot fi respectate decât de Asigurat.
- 9.4 Drepturile ce decurg din contractul de asigurare îl privesc pe Asigurat sau pe Beneficiar; Contractantul, chiar dacă este în posesia poliței, nu poate exercita aceste drepturi.
- 9.5 Societatea poate opune Asiguratului, Beneficiarilor sau terților care invocă drepturi decurgând din contractul de asigurare, toate excepțiile care sunt opozabile Contractantului.



## Articolul 10. Încheierea contractului și plata primei de asigurare

- 10.1 Asigurarea este încheiată prin emiterea poliței de asigurare de către Societate, aceasta preluând riscul producerii evenimentului asigurat începând de la data fixată în poliță, dar în nici un caz înainte de ora 00.00 a zilei următoare celei în care s-a încasat prima de asigurare/ prima rata a primei de asigurare dacă nu s-a convenit altfel, perioada prevăzută în contract rămânând neschimbată. În cazul în care prima de asigurare/ prima rată a primei de asigurare nu s-a încasat în termen de 30 de zile de la data de început înscrisă în poliță, Societatea își rezervă dreptul să anuleze contractul de asigurare fără îndeplinirea unor formalități.
- 10.2 Pentru ratele ulterioare de primă, Societatea acordă un termen de grație de **15 zile**, la expirarea căruia, dacă rata nu a fost achitată asigurarea se suspendă retroactiv, începând cu ora 00.00 a zilei datei scadente a ratei restante, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară și va reintra în vigoare la ora 00.00 a zilei imediat următoare celei în care s-a efectuat plata, rămânând neschimbate scadențele stabilite în contract. Începând cu a 30-a zi de suspendare a asigurării, Societatea își rezervă dreptul să rezilieze contractul de asigurare automat, fără îndeplinirea vreunor formalități ulterioare.  
Daunele produse în perioada de grație vor fi suportate de către Societate doar dacă rata de primă este achitată până la data expirării perioadei de grație, în caz contrar contractul de asigurare fiind suspendată de la data menționată în alineatul precedent.
- 10.3 Asiguratul are obligația de a plăti în totalitate valoarea ce reprezintă prima de asigurare, respectiv ratele de primă convenite de comun acord. În cazul nerespectării acestei obligații, Societatea își rezervă dreptul de a stabili perioada asigurată în raport cu valoarea încasată cu titlul de primă/ rată de primă fără acordarea unui termen de grație. La expirarea perioadei asigurate calculate „pro rata temporis” (calculată conform articolului 10.6) asigurarea se suspendă și reintră în vigoare de la ora 00.00 a zilei imediat următoare celei în care s-a plătit prima sau diferența de primă scadentă și restantă. Scadențele stabilite la încheierea asigurării rămân neschimbate.
- 10.4 Pentru daunele produse în perioada de suspendare, Societatea nu plătește despăgubiri, perioada de asigurare prevăzută în contract nefiind prelungită cu durata suspendării.
- 10.5 În toate cazurile, dovada plății primelor de asigurare revine Asiguratului, înscrisul constatator fiind chitanța, dispoziția de plată sau alt document probator al plății.
- 10.6 În calculul primei convenite Asiguratului, ca urmare a încetării contractului de asigurare, se va considera ca durată a anului de asigurare perioada de 360 de zile, dacă părțile nu convin altfel.
- 10.7 Restituirea primei de asigurare/si a diferențelor de primă se face în conformitate cu prevederile legale și cu aplicarea condițiilor generale, pro-rata temporis (calculată conform articolului 10.6) cu excepția cazurilor în care nu se prevede altfel.
- 10.8 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. Obligațiile asiguratului

- 11.1 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.
- 11.2 La producerea evenimentului asigurat, Asiguratul este în toate cazurile obligat să depună diligențele necesare și să ia toate măsurile, potrivit cu împrejurările, pentru limitarea pagubelor.  
Cheltuielile cu privire la obligația menționată la alineatul precedent cad în sarcina Societății în măsura în care acestea se dovedesc a fi justificate pentru limitarea și diminuarea efectelor evenimentului asigurat și nu depășesc, singure sau împreună cu indemnizația, suma asigurată, dacă măsurile au fost luate judicios.
- 11.3 Asiguratul este obligat să comunice Societății producerea evenimentului asigurat în termenul prevăzut în Condițiile de Asigurare. Comunicarea producerii evenimentului asigurat se poate face și către brokerul de asigurare care, în acest caz, are obligația de a face la rândul său comunicarea către Societate, în termenul prevăzut mai sus.  
Asiguratul este obligat să anunțe, în scris, organele abilitate în cercetarea și stabilirea cauzelor producerii evenimentului (de ex. Poliție, Pompieri, etc.) și să solicite eliberarea documentului constatator (de ex. proces verbal de constatare).  
În toate cazurile, la cererea Societății, Asiguratul are obligația să pună la dispoziția acesteia actele și informațiile solicitate, să-i permită acesteia efectuarea de cercetări prin orice mijloace legale și să colaboreze cu aceasta la realizarea de investigații și proceduri având ca scop stabilirea realității, circumstanțelor și mărimii pagubei precum și a cauzelor producerii evenimentului asigurat.
- 11.4 Asiguratul are obligația să conserve dreptul de regres al Societății. În acest sens Asiguratul trebuie:
- să se abțină de la orice recunoaștere față de terți a responsabilității în producerea evenimentului asigurat;
  - să se abțină de la încheierea oricărei tranzacții, de la renunțarea la dreptul de regres precum și de la încasarea oricărei indemnizații fără acordul prealabil scris al Societății;
  - să îndeplinească toate actele, formalitățile și procedurile judiciare și extrajudiciare necesare pentru exercitarea dreptului de regres al Societății.
- 11.5 Asiguratul este obligat să păstreze starea de fapt existentă în momentul producerii evenimentului asigurat (în măsura în care starea de fapt permite) pentru a permite Societății să determine cauzele acestuia, momentul producerii prejudiciului și mărimea acestuia. Dacă Societatea nu efectuează o constatare în termenul prevăzut în Condițiile de Asigurare, Asiguratul este îndreptățit să ia măsuri de remediere și/sau reparare a consecințelor produse.
- 11.6 În caz de neîndeplinire a obligațiilor prevăzute în prezentul articol, Asiguratul va pierde dreptul la indemnizație, dacă din acest motiv nu se poate stabili realitatea, mărimea sau cauzele producerii prejudiciului ori nu se poate exercita dreptul de regres, sau va primi o indemnizație diminuată proporțional, în măsura în care neîndeplinirea obligațiilor Asiguratului a dus la mărirea pagubei.

## Articolul 12. Denunțarea contractului de asigurare

- 12.1 Contractul de asigurare poate înceta prin denunțarea unilaterală de către una dintre părțile contractante, cu notificarea scrisă prealabilă a celeilalte părți, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare.
- 12.2 În situația în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a asigurării, Societatea va restitui Contractantului partea de primă corespunzătoare perioadei pentru care și-a exercitat dreptul de denunțare (calculată conform articolului 10.6).

## Articolul 13. Locul comunicărilor

Toate comunicările cu privire la derularea prezentului contract trebuie să fie efectuate în scris cu confirmare de primire după cum urmează:

- a) cele destinate Societății, la sediul legal al acesteia, așa cum rezultă din poliță sau din modificările succesive înscrise, conform legii, în Registrul Comerțului (se poate utiliza și adresa de e-mail publicată pe site-ul Societății sau orice alt mijloc de comunicare electronică oficializat);
- b) cele adresate Asiguratului/Contractantului, la adresa indicată în poliță sau la aceea care a fost menționată expres de către Contractant pentru trimiterea comunicărilor (se poate utiliza adresa de e-mail, fax, indicate de acesta).

## Articolul 14. Excluderi generale

Societatea nu despăgubește pierderile, daunele, costurile sau cheltuielile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate în mod direct sau indirect de către, care decurg din sau sunt în legătură cu:

### 14.1 Riscuri nucleare

- a) radiațiile ionizante sau contaminarea prin radioactivitate din orice combustibil nuclear sau din orice deșeuri nucleare provenite din arderea combustibilului nuclear (arderea va include procesul auto-suficient de fuziune nucleară).
- b) expunerea toxică radioactivă sau alte proprietăți periculoase ale oricărei expuneri la un ansamblu nuclear sau la un element component nuclear al acestuia.

### 14.2 Riscuri de război

- a) război, invazie, acțiune a unui inamic străin, ostilități sau operațiuni belicoase (indiferent dacă se declară război sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, insurecție, tulburări civile care capătă proporția unor mișcări populare sau echivalează cu acestea, putere militară sau uzurpată, lege marțială sau stare de asediu sau orice evenimente sau cauze care determină proclamarea sau menținerea legii marțiale sau a stării de asediu.
- b) acțiunea oricărei persoane care acționează în numele sau în legătură cu orice organizație cu activități îndreptate spre răsturnarea prin forță a Guvernului, de jure sau de facto.

### 14.3 Sancțiuni Comerciale

Societatea nu va putea fi obligată să acorde nicio acoperire și nici să plătească vreo despăgubire ori beneficiu conform contractului de asigurare în măsura în care o asemenea acoperire, plată a daunei sau beneficiu ar expune Societatea oricărei sancțiuni, interdicții sau restricții potrivit sancțiunilor comerciale sau economice, legilor sau regulamentelor din orice jurisdicție aplicabilă cauzelor de judecată în care este implicată Societatea.

### 14.4 Acte intenționate:

- a) orice infracțiune intenționată săvârșită de Asigurat/ Beneficiar/ Contractant sau reprezentanții săi;
- b) orice complicitate, înțelegere, instigare ale Asiguratului/Beneficiarului/Contractantului, prepușilor sau reprezentanților săi la producerea riscului asigurat;
- c) producerea cu intenție a riscului de către persoane fizice care în mod statornic locuiesc și gospodăresc împreună cu Asiguratul sau Beneficiarul, de către un membru din conducerea persoanei juridice asigurate ori de către prepuși ai Asiguratului, ca de exemplu: incendierea intenționată a clădirii sau bunurilor, producerea unor explozii sau inundații în scopul avarierii sau distrugerii clădirilor ori a altor bunuri asigurate, etc.

## Articolul 15. Alte reglementări

- 15.1 Dispozițiile prezentelor Condiții Generale se completează cu cele ale Condițiilor de Asigurare și fac parte integrantă din contractul de asigurare încheiat.
- 15.2 Contractul de asigurare se încheie în România fiind supus legislației în materie din România, respectiv dispozițiilor Codului Civil, ale Legii nr. 136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, cu modificările și completările ulterioare și cu cele ale Legii nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supraveghere a asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare.
- 15.3 Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către instanțele judecătorești din România.
- 15.4 Asiguratul trebuie să facă dovada că riscul produs este acoperit prin asigurare, dacă nu se prevede altfel în Condițiile de Asigurare.

### Capitolul 1 - Încheierea contractului de asigurare

#### Art.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 angajat, 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 pentru boala profesională care constituie un 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.
  - 1.1.6 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;
  - 1.1.7 Asiguratorul plătește indemnizația de asigurare, conform prezentelor condiții de asigurare, numai pentru evenimentele asigurate întâmplare în perioada de valabilitate a asigurării și notificate Asiguratorului conform prevederilor prezentelor Condiții Particulare art. 13..;
- 1.2 În conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare, Asiguratorul 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 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 insolajiei, 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 participă;
  - f) consecințele infecțiilor (fiind exclusă marea 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, Asiguratorul plătește numai indemnizația zilnică prevăzută pentru perioada de spitalizare, dacă clauza corespunzătoare este cuprinsă în asigurare.

### Capitolul 2- Riscuri asigurate de bază

#### Art. 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, Asiguratorul 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 (treisuteșaizecici) zile de la data producerii evenimentului asigurat în cauză, cu respectarea prevederilor art.13- "Plata Indemnizației de Asigurare" din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 2.3 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art. 11 - „Excluderi” din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

#### Art. 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 (treisuteșaizecici) zile din ziua în care s-a produs evenimentul asigurat, Asiguratorul 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 11%.
- 3.3 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.13 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 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 înaintea termenului de 3 luni.
- 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. 11 - „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) Incapacitate temporară de muncă din eveniment asigurat (I.T.M.A.B.P.);
- c) Fracturi din accident (F.A.);
- d) Arsuri din accident (A.A.);
- e) Imobilizare în aparat ghipsat din accident (I.A.G.);
- f) Intervenții chirurgicale din eveniment asigurat (I.C.A.B.P.);
- g) 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 producă în perioada de 365 (treisuteșaizecicinci) zile de la data întâmplării evenimentului asigurat în cauză și cu respectarea prevederilor art. 13 - „Plata Indemnizației de Asigurare” din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

#### **Art. 4 Spitalizare continuă din eveniment asigurat (S.A.B.P.)**

- 4.1 În cazul în care, ca urmare a vătămarilor 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.13 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. 11 - „Excluderi” din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

#### **Art. 5 Incapacitate Temporară de Muncă (I.T.M.A.B.P.)**

- 5.1 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, Asigurătorul 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.
- 5.2 În cadrul perioadei de incapacitate temporară de muncă este acoperită perioada de:
- convalescență postspitalizare; sau
  - tratament ambulatoriu, pentru evenimentele asigurate care nu necesită spitalizare.

- 5.3 Numărul maxim de zile de spitalizare și de incapacitate temporară de muncă cumulate într-un an asigurat este de 180 de zile.
- 5.4 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.13 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 5.5 Numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă plătite ca urmare a unui eveniment asigurat este de 90 de zile.
- 5.6 Numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă plătite într-un an de asigurare este de 180 de zile.
- 5.7 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art.11 din prezentele Condiții de Asigurare.

#### **Art. 6 Fracturi din Accident (F.A.)**

- 6.1 Asigurarea este operantă pentru cazul în care persoana asigurată suferă una sau mai multe fracturi ca urmare a vătămărilor corporale rezultate dintr-un accident. Asigurătorul 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 carpene, metacarpene, 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.
- 6.2 Pentru fracturi compuse se aplică o majorare cu 25 % a indemnizației pentru fiecare caz în parte.
- 6.3 Pentru fracturi deschise se aplică o majorare cu 50% a indemnizației prevăzute la art. 6.1 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.
- 6.4 Suma asigurată pentru fracturi este fixată pentru întreaga perioadă de asigurare, procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100 %.
- 6.5 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.13 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 6.6 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art. 11 - "Excluderi" din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

#### **Art. 7 Arsuri din Accident (A.A.)**

- 7.1 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%.
- 7.2 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 arsura specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului în care respectiva arsură este exclusă în mod explicit în contractul de asigurare.
- 7.3 Suma asigurată pentru arsuri este fixată pentru întreaga perioadă de asigurare, procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100 %.
- 7.4 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.
- 7.5 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.13 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 7.6 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art. 11 - „Excluderi” din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

#### **Art. 8 Imobilizare în aparat ghipsat din accident (I.A.G.)**

- 8.1 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 îmbrăcăminte 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.
- 8.2 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.13 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

8.3 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art. 11 - „Excluderi” din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

#### **Art. 9 Intervenții chirurgicale din eveniment asigurat (I.C.A.B.P)**

- 9.1 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”.
- 9.2 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.13 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 9.3 Dacă nu este altfel specificat printr-un act adițional, două sau mai multe intervenții chirurgicale efectuate prin aceeași incizie vor fi considerate ca fiind o singură Intervenție chirurgicală.
- 9.4 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".
- 9.5 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.
- 9.6 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.
- 9.7 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.
- 9.8 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art. 11 - „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 reparative, 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.

#### **Art. 10 Cheltuieli Medicale din eveniment asigurat (C.M.A.B.P.)**

- 10.1 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, cârje, scaune cu roțile și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului;
  - transportul cu ambulanța 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.
- 10.2 Asigurătorul indemnizează costurile acestor servicii de sănătate prestate persoanei asigurate, pe baza documentelor fiscale originale emise pe numele persoanei asigurate, până la limita maximă prevăzută în poliță.
- 10.3 Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art.13 din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.
- 10.4 Dacă la momentul producerii evenimentului asigurat, mai există o altă asigurare încheiată de Contractant și/sau persoana asigurată, care acoperă cheltuielile menționate la pct.10.1, răspunderea Asiguratorului se va limita la cota proporțională care-i revine cu privire la respectivul risc.
- 10.5 Sunt excluse din această acoperire evenimentele prevăzute la art. 11 - „Excluderi” din prezentele Condiții Particulare de Asigurare.

### **Capitolul 4 - Alte prevederi contractuale**

#### **Art. 11 Excluderi**

- 11.1 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.
- 11.2 Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare dacă riscurile asigurate s-au produs ca urmare 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 0,4 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 frânhii 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 plățitori;
- 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) unui eveniment asigurat anterior datei de început a poliței de asigurare

## **Art. 12 Obligațiile / Drepturile Contractantului și ale Asiguratului**

- 12.1 Contractantul este obligat la plata integrală 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.10 din prezentele Condiții Generale de Asigurare.
- 12.2 Contractantul are obligația anunțării oricăror modificări ale ocupației Asiguratului, în termen de 30 zile de la data producerii modificării. În caz contrar, Asiguratorul 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.
- 12.3 Contractantul are obligația anunțării oricărei modificări a contractului de asigurare. Modificarea intră în vigoare la data primirii de către Asigurător a înștiințării în scris.
- 12.4 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.
- 12.5 Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarul are obligația de a notifica Asigurătorului producerea evenimentului asigurat în termen de 30(treizeci) zile de la data producerii. Dacă notificarea se face peste 30(treizeci) zile de la data producerii evenimentului asigurat, Asigurătorul este exonerat de la plata oricărei Indemnizații de asigurare. Excepție de la aceasta regula fac cazurile în care, din motive obiective, justificate pe baza de documente medicale, Contractantul/Asiguratul/ Beneficiarul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii acestei obligații. 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.
- 12.6 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.
- 12.7 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.
- 12.8 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.



### **Art. 13 Obligațiile Asiguratorului / Plata Indemnizației de asigurare**

- 13.1 Asiguratorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, conform prezentelor Condiții de Asigurare, pentru:
- Riscurile asigurate de baza, 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.
- 13.2 Plata indemnizației de asigurare se face în urma notificării producerii riscului asigurat conform art. anterior 12.5.
- 13.3 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, urmași de moștenitorii legali.
- 13.4 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 căror chitanțe vor descărca în mod corespunzător Asiguratorul.
- 13.5 Dacă Asiguratul decedează în termen de 365 (treisuteșaizecicinci) zile de la data producerii evenimentului asigurat ca o consecință directă a acestuia, dacă a fost efectuată plata unei indemnizații de asigurare, Asiguratorul:
- 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.
- 13.6 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, Asiguratorul datorează indemnizația de asigurare prevăzută în polița de asigurare.
- Indemnizația de asigurare se va plăti conform art. 13.3. 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 Asiguratorului la întreaga lor valoare.
- 13.7 Dacă Beneficiarul este minor la data producerii evenimentului asigurat, plata indemnizației de asigurare se va face de către Asigurator cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 13.8 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 adeverințe 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;
- 13.9 Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii indemnizației de asigurare. Asiguratorul poate solicita ca Asiguratul să fie consultat de către un medic desemnat de către acesta.
- 13.10 Refuzul Contractantului/Asiguratului sau Beneficiarului de a pune la dispoziția Asiguratorului documentele solicitate dă dreptul Asiguratorului de a refuza plata indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările evenimentului asigurat.
- 13.11 Asiguratorul 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.
- 13.12 Plata indemnizației de asigurare se va face în moneda în care s-a încasat prima de asigurare.
- 13.13 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 convenită Beneficiarilor sau moștenitorilor legali, după caz.

### **Art. 14 Procedura de Contestare**

- 14.1 În cazul în care există diferențe de opinii între Contractant/Asigurat și Asigurator 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.
- 14.2 În urma deciziei comisiei medicale conform art. 14.1, Contractantul/Asiguratul și Asiguratorul 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



- 14.3 Comisia medicală este alcătuită din trei membri, numiți astfel:
- a) un medic de specialitate numit de Asigurător;
  - b) un medic de specialitate numit de Contractant/Asigurat;
  - c) un medic de specialitate agreat de cei doi medici de mai sus, care este șeful comisiei.
- 14.4 Asiguratul este obligat să se supună examinării medicale și să întreprindă toate măsurile considerate necesare de către comisia medicală.
- 14.5 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 Asigurător.
- 14.6 Costurile comisiei medicale sunt stabilite de aceasta și sunt suportate:
- a) în cazul art. 14.1 lit. a) și b), de partea care cere reevaluarea;
  - b) în cazul art. 14.1 lit. c), de către Contractant/Asigurat și Asigurător. Partea de costuri care revine Asigurătorului este limitată la 1% din Suma asigurată la deces și invaliditate permanentă, cumulate, dar nu mai mult de 25% din indemnizația în litigiu.

#### **Art. 15 Valabilitatea teritorială**

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

#### **Art. 16 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.

#### **Art. 17. 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.



