

ASIGURAREA DE ACCIDENTE A PERSOANELOR*Condiții generale de asigurare***1. DISPOZIȚII GENERALE**

1.1 Prezentele Condiții generale reprezintă temeiul contractual prin care **Compania de Asigurări - Reasigurări EXIM România (CARE România) S.A., ("EximAsig")**, încheie asigurări de accidente de persoane pentru persoane fizice și persoane juridice, prin care se obligă ca în urma producerii unui risc asigurat să plătească celui îndreptățit indemnizația de asigurare cuvenită.

1.2 Polița de asigurare se emite în baza Cererii chestionar completată și semnată de către Contractant/Asigurat.

1.3 Contractul de asigurare produce efecte în condițiile precizate în polița de asigurare.

2. DEFINIȚII

Accident: vătămarea violentă a organismului datorată unei cauze externe, fortuite, violente, exterioare corpului omenesc, independent de voința Asiguratului, și care are drept consecință deteriorarea stării de sănătate a Asiguratului. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore se consideră un singur accident.

Afecțiune/Boală preexistentă: orice boală, vătămare corporală sau altă condiție medicală a Asiguratului, care a fost sau nu a fost diagnosticată/tratată/descoperită anterior datei de intrare în vigoare a asigurării, ori ale cărei simptome sau semne clinice s-au manifestat pentru prima oară înainte de data intrării în vigoare a Poliței și care prezintă risc medical de recidivă.

Aniversarea poliței de asigurare: data la care se împlinește un an întreg (12 luni) de la data de intrare în vigoare a Poliței de asigurare.

Asigurat: persoana fizică rezidentă în România cu domiciliul în România, având vârsta minimă de 18 ani împliniți și maxim 64 ani la data includerii în asigurare, a cărei integritate corporală face obiectul Contractului de asigurare. În cazul grupurilor nenominalizate apartenența la grupul asigurat se face prin documente doveditoare la cererea Asiguratului.

Arsură: leziune traumatică tisulară însoțită de reacții sistemice nervoase, vasculare, metabolice și umorale, produsă de agenți termici, chimici.

Asigurator: persoană juridică, societate de asigurare, **Compania de Asigurări Reasigurări Exim România (Care România) S.A. ("EximAsig")**, societate pe acțiuni, înregistrată la Oficiul Național al Registrului Comerțului în data de 09.03.2009 sub nr. J40/3151/2009, Cod Unic de Înregistrare 25252500 și în Registrul Asiguratorilor sub nr. RA 067/10.08.2010, organizată și funcționează conform prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale și Legii 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare - denumită în continuare Asigurator, care în schimbul achitării de către Asigurat sau Contractant a primei de asigurare se obligă ca la producerea evenimentului asigurat să despăgubească pe cel îndreptățit potrivit condițiilor de asigurare.

Beneficiar: persoana fizică sau juridică căreia îi este plătită indemnizația de asigurare cuvenită în caz de deces din accident, pe baza manifestării de voință a Asiguratului. În cazul nedesemnării de către Asigurat a Beneficiarilor, aceștia vor fi moștenitorii legali ai Asiguratului.

Boală: stare anormală a organismului ce determină modificarea organică, funcțională, patologică și care afectează temporar sau ireversibil structura și/sau funcționalitatea normală a organismului sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată medical conform criteriilor medicale specifice pentru prima dată, după data de intrare în vigoare a asigurării ori ale cărei simptome inițiale au apărut pe perioada de valabilitate a asigurării;

Boala profesională: orice afecțiune care se produce ca urmare a exercitării unei meserii sau a unei profesii și este cauzată de factori nocivi fizici, chimici sau biologici, caracteristici locului de muncă, de suprasolicitarea diferitelor organe sau sisteme ale organismului, în procesul de muncă.

Contractant: persoana fizică sau juridică, care încheie contractul de asigurare cu Asiguratul pentru asigurarea unui risc privind o altă persoană și care se obligă să plătească prima de asigurare și să respecte clauzele contractuale. În cazul persoanelor fizice, Contractantul poate avea și calitatea de Asigurat. Contractantul trebuie să aibă un interes asigurabil la încheierea contractului de asigurare.

Contract de asigurare: actul încheiat în formă scrisă prin care Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare către Asigurator, iar Asiguratorul se obligă ca, în cazul producerii unui eveniment asigurat, să plătească indemnizația de asigurare celui îndreptățit, în condițiile stabilite prin Contractul de asigurare. Contractul de asigurare include: Polița de asigurare, Condițiile generale de asigurare și Condițiile speciale de asigurare - după caz, Cererea chestionar, Chestionare suplimentare specifice, Suplimente de asigurare, Anexe la Poliță și orice alte documente semnate de părți.

Convalescență: perioadă de tranziție prin care trece un bolnav după vindecare până la însănătoșirea deplină.

Deces: încetarea din viață a Asiguratului, imediat sau după un interval de timp de cel mult 1 an, ca o consecință a unui accident care rezultă din Certificatul de deces emis de autoritățile competente.

Eveniment asigurat: producerea riscului asigurat precizat în Polița de asigurare pentru care Asiguratul va acorda Indemnizația de asigurare Asiguratului sau Beneficiarului precizat în Poliță.

Forța majoră: împrejurare imprevizibilă la data încheierii contractului de asigurare și absolut invincibilă și inevitabilă în momentul apariției, determinând pe plan juridic, exceptarea de răspundere pentru Asigurător.

Fractura: leziune datorată unui accident constând în discontinuitatea osului.

Franșiza: partea din indemnizație, stabilită în prealabil și precizată în Polița de asigurare, care este suportată de către Asigurat și care se deduce din fiecare indemnizație acordată; Asigurătorul acordă despăgubiri numai pentru partea din indemnizația care depășește franșiza.

Franșiza temporală: număr de zile consecutive, începând cu prima zi de spitalizare, pentru care nu se plătește indemnizația zilnică. Această franșiză se aplică o singură dată pentru fiecare eveniment asigurat. Numărul de zile aferent franșizei temporale se menționează expres în Polița de asigurare.

Incapacitate temporară de muncă: imposibilitatea temporară de continuare a activității profesionale ca urmare exclusivă a producerii unui accident survenit în perioada de valabilitate a Poliței dovedită prin documente medicale eliberate de unitatea medicală competentă.

Indemnizație de asigurare: suma de bani pe care Asigurătorul o plătește în cazul producerii riscului asigurat, în limita maximă a sumei asigurate prevăzute în Poliță, în condițiile precizate în Contractul de asigurare.

Indemnizație zilnică: suma fixă plătită pentru fiecare zi de spitalizare sau incapacitate temporară de muncă (așa cum sunt definite în prezentele condiții de asigurare, în conformitate cu limitările și excluderile prevăzute de acestea).

Intervenție chirurgicală: procedură sau tehnică medicală efectuată asupra persoanei asigurate, pe durata unei internări în spital, de către un medic chirurg și considerată necesară de către un medic specialist, procedură efectuată inclusiv prin utilizarea unor metode alternative mai puțin invazive precum laser, radiofrecvența, embolizare, acțiune curativă prin intermediul unui endoscop sau alte tehnici care nu implică obligatoriu o incizie, procedura care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de persoana asigurată, ca urmare a consecințelor unui accident și care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății.

Invaliditatea permanentă: stare ireversibilă, nesusceptibilă de ameliorare, ce constă în reducerea potențialului fizic, psiho-senzorial sau intelectual, provocată de un accident survenit în perioada de valabilitate a Poliței.

Limita maximă de indemnizație pe eveniment colectiv: suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește în cazul în care riscul asigurat se produce pentru mai mulți Asigurați aparținând grupului asigurat, ca urmare a aceluiași eveniment asigurat. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilită prin Contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor pentru care s-a produs riscul asigurat, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru fiecare risc asigurat. În cazul în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.

Limita de indemnizație pentru fiecare Asigurat: suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește pentru fiecare persoană asigurată indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime precizată în Polița de asigurare, asigurarea încetează pentru persoana respectivă. În cazul în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.

Limita de indemnizație pe an de asigurare (12 luni): suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește tuturor persoanelor asigurate din grupul asigurat în cazul producerii riscului asigurat, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime precizată în Polița de asigurare, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.

Medic: persoana autorizată legal pentru a practica medicina și care activează în domeniul medical.

Perioada de valabilitate a Contractului de asigurare: perioada de timp dintre data intrării în vigoare și data expirării, în care Contractul de asigurare este în vigoare.

Polița de asigurare: document care atestă încheierea Contractului de asigurare.

Prima de asigurare: suma de bani pe care o plătește Contractantul în schimbul asumării de către Asigurător a obligației de plată a indemnizației de asigurare la producerea evenimentelor asigurate (prețul asigurării).

Risc asigurat: eveniment viitor, brusc, posibil dar incert, precizat în Polița de asigurare, la producerea căruia, Asigurătorul va acorda Indemnizația de asigurare Asiguratului sau Beneficiarului precizat în Poliță.

Spital: unitate medicală publică sau privată autorizată legal să funcționeze în România, ce acordă asistență medicală de specialitate continuă prin personal medical și auxiliar autorizat. Nu sunt considerate spitale clinicile de recuperare a stării de sănătate, clinicile pentru dezintoxicare, centrele de îngrijire, casele de odihnă, sanatoriile și cabinetele fizioterapeutice, secțiile din spitale destinate recuperării medicale (fizioterapie și kinetoterapie).

Spitalizare: perioada continuă de internare în spital a Asiguratului, dacă acesta nu a putut fi tratat în condițiile ambulatoriului de specialitate, internare considerată necesară de un medic de specialitate, efectuată în scopul tratării Asiguratului ca urmare a producerii unui accident acoperit prin Polița de asigurare.

Suma asigurată: suma menționată în Polița de asigurare stabilită în limita fiecărui risc asigurat pentru care Asigurătorul acordă indemnizații de asigurare în cazul producerii unui risc asigurat în perioada asigurată.

Zi de spitalizare: perioada petrecută în spital cu cazare pe durata unei nopți, indiferent de ora internării și externării Asiguratului, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

3. OBIECTUL ASIGURĂRII

3.1 În baza prezentelor Condiții generale de asigurare și a plății primei de asigurare conform prevederilor Contractului de asigurare, Asigurătorul se obligă să acorde Asiguratului/Beneficiarului indemnizații de asigurare urmare a producerii unui accident asigurat în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.

3.2 Pot fi cuprinse în asigurare persoanele cu vârsta minimă de 18 ani, respectiv maxim 64 ani - la data emiterii Poliței de asigurare. În situația în care Persoana asigurată este aceeași cu Contractantul asigurării, acesta trebuie să aibă vârsta împlinită de 18 ani.

3.3 Nu pot fi incluse în asigurare persoanele care:

- a) necesită îngrijire permanentă (conform documentelor oficiale); se consideră că o persoană necesită îngrijire permanentă atunci când existența sa cotidiană este condiționată de o îngrijire permanentă din partea altei persoane;
- b) se încadrează în gradele de invaliditate I sau II (conform reglementărilor legale), sau al căror grad de invaliditate permanentă este mai mare de 50%;
- c) suferă de epilepsie, delirium tremens, alte boli psihice;
- d) afectate de alcoolism, toxicomanie;
- e) suferă de boli grave permanente, cum sunt spre exemplu: cancer, scleroză multiplă, boli autoimune, infecția cu H.I.V/ SIDA etc.

4. RISCURI ASIGURATE

4.1 Polița acoperă riscurile de **deces din accident și invaliditatea permanentă din accident** survenit(e) în urma producerii unui accident, spre exemplu:

- a) explozie, prăbușire de teren, cutremur, trăsnet, alte fenomene atmosferice violente;
- b) atacul din partea altei persoane (inclusiv accidente rezultate ca urmare a utilizării armelor de foc), atacul unui animal;
- c) acțiunea curentului electric;
- d) lovirea, căderea, înțeparea, tăierea;
- e) arsuri, degerări și insolații, înec;
- f) intoxicație, otrăvire, asfixierea subită;
- g) accidente produse de mijloacele de transport precum și cele determinate de funcționarea mașinilor, aparatelor, uneltelor sau acțiunea armelor;
- h) urmările imediate (invaliditate permanentă sau deces) ale efortului fizic excesiv și subit determinat de cauze de forță majoră.

4.2 Deces din accident

- a) în cazul producerii riscului de **deces din accident**, Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare beneficiarilor desemnați sau, în lipsa desemnării acestora, moștenitorilor legali.
- b) desemnarea beneficiarului se poate face fie la încheierea Contractului de asigurare, fie pe parcursul derulării acestuia, prin declarația scrisă a Asiguratului sau a Contractantului asigurării cu acordul Asiguratului, sau prin testament. Înlocuirea sau revocarea Beneficiarului se poate face oricând pe parcursul derulării Contractului de asigurare. Dacă Asiguratul nu a dispus altfel, atunci când au fost desemnați mai mulți beneficiari, aceștia au drepturi egale asupra indemnizației de asigurare.
- c) dacă un Beneficiar a produs intenționat decesul Asiguratului, indemnizația de asigurare pentru deces se plătește celorlalți beneficiari desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor legali cu respectarea prevederilor legale.
- d) indemnizația de asigurare pentru deces din accident se plătește independent de plățile efectuate anterior pentru invalidități permanente, cu excepția cazului în care, ca urmare a aceluiași accident, în timp de 1 an de la data producerii accidentului, intervine decesul Asiguratului. În acest caz, indemnizația de asigurare pentru deces din accident ce va fi plătită Beneficiarului va fi diminuată cu plata efectuată anterior pentru invaliditate permanentă, consecință a aceluiași accident care a condus la decesul Asiguratului.
- e) în cazul decesului din accident indemnizația de asigurare se va plăti dacă accidentul a survenit în perioada de valabilitate a asigurării, iar decesul ca urmare a acestui accident a avut loc nu mai târziu de un an de la data producerii accidentului.

4.3 Invaliditate permanentă din accident

- a) indemnizația de asigurare se acordă sub forma unui procent din suma asigurată înscrisă în Polița de asigurare pentru acest risc, conform tabelului de indemnizare în caz de invaliditate permanentă menționat în prezentele Condiții de asigurare.
- b) suma asigurată aferentă riscului de invaliditate permanentă din accident nu poate depăși dublul sumei asigurate riscului de deces din accident.
- c) stabilirea gradelor de invaliditate permanentă se face de către medicii desemnați de Asigurător conform tabelului de indemnizare în caz de invaliditate permanentă atașat prezentelor Condiții de asigurare.

- d) pentru stabilirea gradului de invaliditate permanentă, Asiguratul este obligat, după 3 luni de la încheierea tratamentului medical, dar nu mai târziu de un an de la data producerii accidentului, să se prezinte spre a fi examinat de medicii desemnați de Asigurator.
- e) în cazul unor invalidități permanente incontestabile (amputații, pierderea definitivă a vederii, auzului etc.) stabilirea gradului de invaliditate se va face imediat după încheierea tratamentului medical.
- f) plata indemnizației de asigurare se va face numai în cazul în care invaliditatea permanentă s-a produs într-un interval de un an de la data producerii accidentului, iar accidentul a avut loc în perioada de valabilitate a asigurării.
- g) indemnizația de asigurare se determină ca procent din suma asigurată aferentă acestui risc, corespunzător gradului de invaliditate dobândit în urma accidentului suferit de Asigurat, respectându-se următoarele:
- gradul de invaliditate va fi diminuat ținându-se cont de gradele de invaliditate existente înainte de accident;
 - dacă în urma aceluiași accident sunt lezate mai multe părți ale corpului, gradul total de invaliditate se stabilește prin însumarea gradelor de invaliditate, fără a putea depăși 100%;
 - totalul indemnizațiilor plătite în caz de invalidități care sunt consecința unui sau mai multor accidente produse în cadrul unui an de asigurare, nu poate depăși suma asigurată pentru invaliditate permanentă din accident precizată în Poliță.

4.4 În baza unei prime de asigurare suplimentare, Asiguratorul poate extinde acoperirea conferită pentru riscurile suplimentare precizate mai jos, Asiguratul putând opta pentru oricare dintre acestea.

4.5 Riscurile suplimentare se vor menționa expres în Poliță. Dacă în Polița de asigurare nu este prevăzut niciun Risc suplimentar dintre cele menționate în prezentele Condiții de asigurare, atunci se consideră că acesta nu este acoperit.

(1) Cheltuieli medicale ca urmare a unui accident

- se acordă indemnizații de asigurare pentru cheltuielile medicale necesare Asiguratului în baza prescripției medicale în cazul producerii unui accident, acoperit prin Condițiile de asigurare în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.
- Suma asigurată:** limita maximă a indemnizației pentru cheltuielile medicale este menționată în Poliță și nu poate depăși 20% din suma asigurată stabilită pentru riscul de invaliditate permanentă din accident, dacă părțile nu au convenit în alt mod cu precizarea expresă în poliță.
- Plata Indemnizației de asigurare:** se acordă indemnizații de asigurare pentru Cheltuielile medicale efectuate de Asigurat pe baza prescripției unui medic, urmare a unui accident acoperit prin Condițiile de asigurare produs în perioada asigurată, după cum urmează:
 - costuri/cheltuieli pentru consultații, investigații pentru diagnosticare (analize de laborator, radiografii și alte proceduri similare);
 - cheltuieli cu medicamentele cumpărate pe baza prescripției medicale;
 - prima achiziție de proteze, cârje, scaune cu rotile, ochelari, aparate acustice, aparate ortopedice auxiliare precum și repararea sau înlocuirea dacă acestea au fost avariate sau distruse în accident;
 - cheltuieli de achiziționare sau închiriere de proteze, sau alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicale;
 - transport medical de urgență până la cel mai apropiat spital;
- plata indemnizației se va face la sfârșitul perioadei în care Asiguratul a fost în tratament sau lunar dacă această perioadă este mai mare de 30 de zile;
- indemnizația de asigurare se va plăti în baza documentelor medicale și fiscale aferente (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.) în original, emise pe numele Asiguratului și prezentate de acesta Asiguratorului. În cazul în care documentele justificative de decontare nu există, cheltuielile/costurile nu pot fi acoperite;
- nu sunt acoperite cheltuielile medicale efectuate pentru recuperare și fizioterapie/kinetoterapie medicală, tratament psihoterapeutic, sau legate de transplantul de organe;
- dacă Asiguratul decedează în perioada asigurată urmare a producerii unui accident, Asiguratorul va deduce cheltuielile decontate din suma asigurată în caz de deces din accident;
- dreptul la plata indemnizației pentru cheltuielile medicale ocazionate de tratarea vătămărilor corporale rezultate dintr-un accident are caracter personal și nu este transmisibil Beneficiarilor sau moștenitorilor legali ai Asiguratului.

(2) Indemnizația zilnică de spitalizare ca urmare a unui accident

- se acordă indemnizații zilnice de spitalizare urmare a unui accident, produs în perioada asigurată;
- spitalizarea acoperă perioada de internare într-o unitate medicală acreditată, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru urmările unui risc asigurat produs în perioada asigurată;
- indemnizația zilnică de spitalizare ca urmare a unui accident se acordă pentru o perioadă de cel puțin 2 zile, pentru internarea în spital, la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii;
- numărul maxim de zile de spitalizare este precizat în Polița de asigurare;
- ziua externării din spital nu este indemnizată;

- f) în cazul unei urgențe medicale, în situația în care Asiguratul nu poate anunța Asigurătorul, acesta va trebui să-l anunțe de îndată ce condiția medicală îi permite, și va prezenta Asigurătorului documentele medicale în original, care să ateste existența urgenței;
- g) **franșiza temporală:** indemnizația de asigurare zilnică se acordă începând cu a 3-a zi de spitalizare pentru fiecare internare în spital, dacă părțile nu convin un alt termen cu precizarea expresă în polița de asigurare;
- h) **Suma asigurată:** limita de indemnizație pe zi de spitalizare este menționată în Poliță iar limita maximă a indemnizației pentru întreaga perioadă de spitalizare nu poate depăși 20% din suma asigurată stabilită pentru riscul de invaliditate permanentă din accident, dacă părțile nu au convenit în alt mod cu precizarea expresă în poliță.
- i) Plata Indemnizației de asigurare:**
- i) indemnizația de spitalizare se acordă cu condiția ca internarea Asiguratului să se fi efectuat în maxim 90 de zile de la data producerii evenimentului asigurat (accident), iar internarea în spital să se facă în interiorul perioadei de valabilitate a poliței;
 - ii) plata indemnizației de asigurare se va face la sfârșitul perioadei în care Asiguratul a fost spitalizat, sau lunar dacă această perioadă este mai mare de 30 de zile;
 - iii) pentru perioada de spitalizare care excede perioadei de valabilitate a poliței, dar care este necesară ca urmare a unui eveniment produs în perioada de valabilitate a poliței, cu internare în spital în perioada de valabilitate a poliței, indemnizația zilnică de spitalizare se va acorda în limita numărului de zile de spitalizare prevăzut în poliță;
 - iv) indemnizația se va plăti în baza documentelor medicale și fiscale aferente (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.) în original, emise pe numele Asiguratului. În cazul în care documentele medicale justificative nu există, cheltuielile/costurile nu pot fi acoperite;
- j) în vederea plății indemnizației de asigurare, Asiguratul are obligația de a depune la Asigurător, pe lângă documentele solicitate conform prevederilor prezentelor condiții de asigurare și următoarele documente: biletul de ieșire din spital; foaia de observație clinică generală a Asiguratului sau alte adeverințe medicale; declarația Asiguratului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc evenimentul asigurat; rezultatele testelor medicale efectuate; alte documente suplimentare solicitate de Asigurător pentru soluționarea dosarului de daună;
- k) nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă;
- l) pe lângă excluderile prevăzute în prezentele Condiții de asigurare, nu se acordă indemnizații de asigurare nici pentru:
- i) investigații medicale ori analize de laborator efectuate în scop de diagnosticare;
 - ii) tratarea afecțiunilor stomatologice, cu excepția celor necesare în urma unui eveniment asigurat care necesită spitalizare;
 - iii) orice spitalizare în legătură cu intervenții de chirurgie plastică și reparative, cu excepția celor recomandate de către un medic specialist, pentru remedierea consecințelor unui accident asigurat.
 - iv) perioada petrecută de Asigurat în unități destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive; unități medico-sociale sau spitalele, secții destinate internării cazurilor sociale; sanatorii balneare și secțiile de balneofizioterapie/ recuperare medicală; centre de medicină complementară/ medicină alternativă/ centre wellness etc.; instituțiile pentru tratarea bolilor psihice; unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni; instituțiile de nursing sau de îngrijiri medicale la domiciliu.
- m) dacă Asiguratul decedează în timpul spitalizării (în perioada de valabilitate a Poliței) urmare a producerii unui accident, Asigurătorul va achita indemnizația de asigurare pentru fiecare zi de spitalizare petrecută în spital (în limita sumei prevăzută în poliță pentru acest risc), la care se adaugă indemnizația de asigurare aferentă riscului de deces din accident;
- n) dreptul la plata indemnizației pentru perioada de spitalizare urmare a unui accident are caracter personal și nu este transmisibilă Beneficiarilor sau moștenitorilor legali ai Asiguratului.
- (3) Intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident**
- a) se acordă indemnizații de asigurare pentru intervenții chirurgicale urmare a unui accident acoperit prin Condițiile de asigurare, produs în perioada asigurată, cu condiția ca intervenția să se realizeze într-un termen de cel mult 180 de zile de la data producerii accidentului;
- b) **Suma asigurată:** limita maximă a indemnizației pentru intervenții chirurgicale din accident este menționată în Poliță și nu poate depăși 30% din suma asigurată stabilită pentru riscul de invaliditate permanentă din accident, dacă părțile nu au convenit în alt mod cu precizarea expresă în poliță;
- c) **Plata Indemnizației de asigurare:**
- i) Asigurătorul va plăti, în caz de intervenție chirurgicală ca urmare a unui accident, un procent din suma asigurată stabilită pentru această acoperire, în funcție de gravitatea intervenției chirurgicale, modalitatea de evaluare a intervențiilor chirurgicale fiind prezentată în tabelul de indemnizare în caz de intervenții chirurgicale;

- ii) în eventualitatea în care o intervenție chirurgicală efectuată nu este precizată în scala de indemnizare, Asiguratorul va despăgubi persoana asigurată cu indemnizația aferentă unei intervenții chirurgicale asemănătoare;
 - iii) dacă pe parcursul aceleiași intervenții chirurgicale se efectuează mai multe proceduri chirurgicale, Asiguratorul va despăgubi intervenția chirurgicală cu cel mai mare procent de indemnizare;
 - iv) pe parcursul unui an de asigurare, în eventualitatea efectuării mai multor intervenții chirurgicale, Asiguratorul va acorda indemnizații de asigurare cumulat, până la nivelul sumei asigurate totale pentru acest risc asigurat;
 - v) indemnizația se va plăti în baza documentelor medicale și fiscale aferente (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.) în original, emise pe numele Asiguratului. În cazul în care documentele medicale justificative nu există, cheltuielile/costurile nu pot fi acoperite;
- d) Asiguratorul nu acordă indemnizații de asigurare pentru intervențiile chirurgicale efectuate pentru:
- i) chirurgie plastică și reparatorie dacă acestea nu sunt recomandate expres de către un medic specialist pentru înlăturarea consecințelor unui accident;
 - ii) tratarea afecțiunilor stomatologice, cu excepția celor necesare în urma unui eveniment asigurat care necesită spitalizare;
 - iii) corectarea tulburărilor de refracție a ochilor ori acuității acustice;
 - iv) schimbarea de sex;
 - v) proceduri medicale efectuate exclusiv cu scop explorator sau de diagnostic;
 - vi) intervenții chirurgicale efectuate la cererea Asiguratului.
- e) dacă persoana asigurată decedează pe parcursul intervenției chirurgicale sau pe parcursul perioadei de analiză a documentelor medicale (în perioada de valabilitate a Poliței) care să justifice intervenția chirurgicală, Asiguratorul va achita numai suma asigurată în caz de deces;
- f) dreptul la plata indemnizației pentru fiecare intervenție chirurgicală necesare pentru tratarea vătămărilor corporale rezultate dintr-un accident are caracter personal și nu este transmisibil Beneficiarilor sau moștenitorilor legali ai Asiguratului.

(4) Indemnizație pentru arsuri ca urmare a unui accident

- a) se acordă indemnizații de asigurare pentru arsuri urmare a unui accident acoperit prin Condițiile de asigurare, produs în perioada asigurată;
- b) **Suma asigurată:** limita maximă a indemnizației pentru arsuri din accident este menționată în Poliță și nu poate depăși 30% din suma asigurată stabilită pentru riscul de invaliditate permanentă din accident, dacă părțile nu au convenit în alt mod cu precizarea expresă în poliță;
- c) **Plata Indemnizației de asigurare:**
 - i) Asiguratorul va plăti un procent din suma asigurată stabilită pentru această acoperire, în funcție de gravitatea arsurii, modalitatea de evaluare fiind prezentată în tabelul de indemnizare în caz de arsuri;
 - ii) indemnizația de asigurare nu poate depăși nivelul sumei asigurate precizate în Poliță pentru acest risc asigurat, chiar dacă, în perioada asigurată au avut loc mai multe evenimente;
 - iii) indemnizația se va plăti în baza documentelor medicale și fiscale aferente (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.) în original, emise pe numele Asiguratului. În cazul în care documentele medicale justificative nu există, cheltuielile/costurile nu pot fi acoperite;
- d) dacă persoana asigurată decedează în urma arsurilor sau pe parcursul perioadei de analiză a documentelor medicale (în perioada de valabilitate a Poliței), Asiguratorul va achita indemnizația de asigurare aferentă riscului de arsuri prevăzută în poliță la care se adaugă și indemnizația de asigurare aferentă riscului de deces din accident;
- e) dreptul la plata indemnizației pentru arsuri necesare pentru tratarea vătămărilor corporale rezultate dintr-un accident are caracter personal și nu este transmisibil Beneficiarilor sau moștenitorilor legali ai Asiguratului.

(5) Indemnizație pentru fracturi ca urmare a unui accident

- a) se acordă indemnizații de asigurare pentru fracturi urmare a unui accident acoperit prin Condițiile de asigurare, produs în perioada asigurată;
- b) **Suma asigurată:** limita maximă a indemnizației pentru fracturi din accident este menționată în Poliță și nu poate depăși 30% din suma asigurată stabilită pentru riscul de invaliditate permanentă din accident, dacă părțile nu au convenit în alt mod cu precizarea expresă în poliță;
- c) **Plata Indemnizației de asigurare:**
 - i) Asiguratorul va plăti o indemnizație de asigurare pentru fracturile produse ca urmare a unui accident, reprezentând un procent din suma asigurată stabilită pentru această acoperire, în funcție de gravitatea fracturii, modalitatea de evaluare a fracturilor fiind prezentată în tabelul de indemnizare în caz de fracturi;
 - ii) pentru fracturi compuse indemnizația de asigurare se majorează cu 25% pentru fiecare caz în parte. Pentru fracturi cu intervenții deschise, grefă de os, îmbinări de os, indemnizația de asigurare se majorează cu 100% pentru fiecare dintre cazurile respective;
 - iii) în situația în care tipul fracturii nu este precizat în scala de indemnizare, Asiguratorul va acorda indemnizația aferentă unei fracturi asemănătoare;

- iv) pe parcursul perioadei de asigurare, în eventualitatea acordării mai multor indemnizații în caz de fracturi ca urmare a unui accident, Asigurătorul va acorda indemnizații cumulat, până la nivelul sumei asigurate totale pentru acest risc asigurat;
- v) indemnizația de asigurare se va plăti în baza documentelor medicale și fiscale aferente (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc.) în original, emise pe numele Asiguratului. În cazul în care documentele medicale justificative nu există, cheltuielile/costurile nu pot fi acoperite;
- d) dacă persoana asigurată decedează urmare a fracturii(lor) sau pe parcursul perioadei de analiză a documentelor medicale (în perioada de valabilitate a Poliței), Asigurătorul va achita numai suma asigurată în caz de deces;
- e) dreptul la plata indemnizației are caracter personal și nu este transmisibil Beneficiarilor sau moștenitorilor legali ai Asiguratului.

(6) Indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident

- a) se acordă indemnizație de asigurare pentru fiecare zi lucrătoare în care Asiguratul a fost nevoit să întrerupă activitatea profesională conform recomandării medicale, consecință a unui accident suferit de Asigurat produs în perioada asigurată;
- b) numărul maxim de zile de incapacitate temporară de muncă este precizat în Polița de asigurare;
- c) **franșiza temporală:** indemnizația de asigurare zilnică se acordă începând cu a 3-a zi de incapacitate temporară de muncă pentru fiecare eveniment asigurat, dacă părțile nu convin un alt termen cu precizarea expresă în polița de asigurare;
- d) **Suma asigurată:** limita de indemnizație pe zi pentru incapacitate temporară de muncă este menționată în Poliță, iar limita maximă a indemnizației pentru perioada de incapacitate temporară de muncă nu poate depăși 10% din suma asigurată stabilită pentru riscul de invaliditate permanentă din accident, dacă părțile nu au convenit în alt mod cu precizarea expresă în poliță.
- e) **Plata Indemnizației de asigurare:**
 - i) plata indemnizației de asigurare se va face la sfârșitul perioadei în care Asiguratul a fost în incapacitate temporară de muncă, sau lunar dacă această perioadă este mai mare de 30 de zile;
 - ii) pentru perioada de incapacitate temporară de muncă care excede perioadei de valabilitate a poliței, dar care este necesară ca urmare a unui eveniment produs în perioada asigurată, indemnizația se va acorda în limita numărului de zile prevăzut în poliță pentru acest risc;
 - iii) indemnizația se va plăti în baza documentelor medicale prezentate Asigurătorului în original, emise pe numele Asiguratului. În cazul în care documentele medicale justificative nu există, nu se acordă indemnizație de asigurare;
- o) dacă Asiguratul decedează în perioada de incapacitate temporară de muncă, în perioada de valabilitate a Poliței urmare a producerii unui accident, Asigurătorul va achita indemnizația de asigurare aferentă riscului de incapacitate temporară de muncă (în limita sumei prevăzută în poliță pentru acest risc, pentru fiecare zi consumată) la care se adaugă și indemnizația de asigurare aferentă riscului de deces din accident;
- p) dreptul la plata indemnizației pentru perioada de incapacitate temporară de muncă urmare a unui accident are caracter personal și nu este transmisibilă Beneficiarilor sau moștenitorilor legali ai Asiguratului.

(7) Indemnizație pentru deces sau invaliditate permanentă urmare a unei Boli profesionale

- a) se acordă indemnizație de asigurare pentru pentru cazurile de deces sau invaliditate permanentă din boală profesională.
- b) Polița de asigurare se încheie numai pentru personalul angajat care lucrează în mediu toxic și numai pentru noxele specifice locurilor de muncă în care își desfășoară activitatea persoanele asigurate.
- c) Nu se pot prelua în asigurare persoanele care au deja stabilit un grad de invaliditate permanentă provocat de o boală profesională.
- d) Se acordă indemnizație de asigurare numai pentru riscurile apărute în perioada de valabilitate a poliței de asigurare, respectiv numai dacă decesul sau invaliditatea permanentă au avut loc în perioada asigurată.
- e) Indemnizațiile plătite de Asigurator sunt cele prevăzute în polița de asigurare, astfel:
 - i) pentru deces: suma asigurată prevăzută în Poliță pentru deces din accident;
 - ii) pentru invaliditate permanentă: un procent din suma asigurată prevăzută în Poliță pentru deces din accident, corespunzător gradului de invaliditate permanentă stabilit, astfel:
 - pentru gradul I: 100% din suma asigurată pentru deces din accident;
 - gradul II: 70% din suma asigurată pentru deces din accident;
 - pentru gradul III: 50% din suma asigurată pentru deces din accident.
- f) Stabilirea gradului de invaliditate permanentă ca urmare a unei boli profesionale se face de către medicul expert al asigurărilor sociale (sau altă autoritate medicală stabilită de lege), prin emiterea unei decizii în acest sens.

5. ACOPERIREA TEMPORALĂ

5.1. Contractul de asigurare este valabil pentru accidentele produse în perioada asigurată, conform opțiunii Asiguratului/Contractantului, după cum urmează:

- a) în exercitarea profesiei/ocupației profesionale:
 - i) în timpul îndeplinirii atribuțiilor/obligațiilor de serviciu;
 - ii) în timpul și pe traseul normal al deplasării Asiguratului de la domiciliu la locul de muncă și invers, cu condiția ca deplasarea să se efectueze fără abateri de la traseul normal;
 - iii) în timpul deplasării Asiguratului de la sediul angajatorului sau la orice alt loc de muncă organizat de acesta, în scopul îndeplinirii îndatoririlor de serviciu și pe durata și traseul normal de deplasare;
 - iv) pe durata detașării Asiguratului într-un alt loc de muncă decât cel prevăzut în contractul individual de muncă.
- b) în desfășurarea oricărei alte activități normale, care nu are caracter profesional, dacă activitatea se desfășoară în timpul programului de lucru.

5.2. La solicitarea Asiguratului/Contractantului și cu acordul Asigurătorului, acoperirea se poate extinde pentru 24 de ore din 24, în baza unei prime de asigurare suplimentare.

6. TERITORIALITATE

6.1. Asigurătorul acordă indemnizații de asigurare numai în cazul accidentelor acoperite prin Poliță produse pe teritoriul României.

6.2. La solicitarea Asiguratului/Contractantului și cu acordul Asigurătorului, acoperirea se poate extinde și pe teritoriul altor țări, în baza unei prime de asigurare suplimentare.

7. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE. RĂSPUNDEREA ASIGURĂTORULUI

7.1 Contractul de asigurare se încheie, de regulă, pentru o perioadă de 12 luni, cu posibilitate de reînnoire prin emiterea în continuare a polițelor pentru perioade de câte un an; la cererea Asiguratului perioada de asigurare poate fi mai mică de un an. Perioada minimă de asigurare este de 3 luni. Orice lună începută se consideră lună întreagă;

7.2 Dacă nu s-a convenit altfel, răspunderea Asigurătorului începe la ora 0:00 a primei zile din perioada asigurată prevăzută în polița de asigurare, dar nu mai devreme de ora 0:00 a zilei următoare celei în care s-a emis polița și s-a achitat prima de asigurare sau prima rată de primă și se încheie la ora 24:00 a datei de expirare prevăzută în polița de asigurare;

7.3 În cazul polițelor de grup, răspunderea Asigurătorului începe la data intrării în valabilitate a poliței, iar pentru personalul angajat ulterior încheierii Contractului de asigurare, răspunderea Asigurătorului începe la data angajării acestuia cu respectarea prevederilor Condițiilor de asigurare;

7.4 Contractul de asigurare încetează de drept la expirarea perioadei de asigurare, dacă nu s-a convenit asupra prelungirii contractului de asigurare;

7.5 Contractul de asigurare se încheie în baza informațiilor scrise furnizate de către Asigurat/Contractant în Cererea-chestionar, a eventualelor declarații/documente solicitate de Asigurător, individual sau de grup;

7.6 Contractul de asigurare de grup se poate încheia pentru un număr de persoane estimat de Contractant și precizat în Cererea chestionar, respectiv pentru un **număr maxim de persoane/angajați** sau un **număr mediu** de persoane/angajați, pe bază de tabel nominal sau fără tabel nominal;

7.7 Polița acoperă urmările accidentelor produse în timpul executării obligațiilor de serviciu la locul de muncă sau în timpul deplasărilor în interes de serviciu, în țară sau în străinătate, pe întreaga perioadă de valabilitate a poliței de asigurare. În baza unei prime de asigurare suplimentare, acoperirea prin asigurare se poate extinde pentru 24 ore din 24 ore;

7.8 La cererea Asigurătorului, Contractantul este obligat să prezinte, oricând pe perioada asigurării, dovada numărului efectiv de persoane/angajați;

7.9 În cazul producerii unui eveniment asigurat, Contractantul trebuie să facă dovada apartenenței Asiguratului la grupul de persoane/angajați asigurați;

7.10 La emiterea poliței, prima de asigurare se calculează în funcție de numărul de persoane/angajați și de activitatea desfășurată de aceștia;

7.11 Contractantul va comunica Asigurătorului orice modificare a numărului de persoane/angajați cu mai mult de 5% față de numărul inițial declarat, într-un termen de 5 zile de la data la care numărul a fost depășit; Asigurătorul va calcula prima de asigurare suplimentară și va comunica Contractantului diferența de primă de achitat;

7.12 Dacă la momentul producerii unui eveniment asigurat, numărul efectiv de persoane/angajați este cu cel mult 5% mai mare decât numărul inițial declarat, indemnizația de asigurare se va achita în limita sumei asigurate/persoană/poliță, conform prevederilor Condițiilor de asigurare. În situația în care numărul de persoane/angajați declarat inițial depășește cu mai mult de 5% numărul efectiv de persoane/angajați, indemnizația de asigurare se va acorda proporțional raportului dintre prima de asigurare ce ar fi trebuit plătită de Contractant și numărul de persoane/angajați efectiv înregistrat;

7.13 Dacă la momentul producerii unui eveniment asigurat, numărul efectiv de persoane/angajați este cu cel mult 5% mai mic decât numărul inițial declarat, indemnizația de asigurare se va achita în limita sumei asigurate/persoană/poliță, conform prevederilor Condițiilor de asigurare. În situația în care numărul de

persoane/angajați declarat inițial este mai mic cu mai mult de 5% față de numărul efectiv de persoane/angajați, indemnizația de asigurare se va acorda în limita sumei asigurate stabilită pentru fiecare persoană/angajat și precizată în Polița de asigurare;

7.14 În cazul în care evenimentul asigurat s-a produs înainte de a începe răspunderea Asigurătorului și asigurarea a rămas fără obiect, precum și în cazul în care, după începerea răspunderii, producerea evenimentului asigurat a devenit imposibilă, polița de asigurare se reziliază de drept iar primele de asigurare plătite pentru perioada ulterioară rezilierii se restituie Asiguratului/Contractantului „pro-rata”.

8. SUMA ASIGURATĂ

8.1 Suma asigurată se stabilește în lei sau în valută convertibilă și reprezintă maximum indemnizației de asigurare ce se va acorda Asiguratului în cazul producerii unui accident acoperit prin prezentele condiții de asigurare.

8.2 Suma asigurată se precizează în Polița de asigurare și poate fi stabilită, în funcție de opțiunea Asiguratului:

- i) separat pentru Deces din accident și Invaliditate permanenta din accident;
- ii) o sumă unică pentru Deces din accident și Invaliditate permanenta din accident.

8.3 După plata indemnizației de asigurare, suma asigurată se micșorează, pentru restul perioadei de asigurare cu suma achitată drept indemnizație, asigurarea continuând cu suma rămasă, fără ca aceasta să afecteze prima de asigurare stabilită. La cererea Asiguratului, suma asigurată rămasă poate fi reîntregită prin plata unei prime de asigurare suplimentară prin încheierea unui “Supliment” la poliță.

8.4 Dacă pentru unul din riscurile de mai sus nu este prevăzută o suma asigurată în polița de asigurare, atunci riscul respectiv nu este acoperit prin asigurare.

9. PRIMA DE ASIGURARE

9.1 Prima de asigurare se stabilește pentru întreaga perioadă asigurată în aceeași monedă în care a fost stabilită suma asigurată. Primele de asigurare, numărul de rate și termenele de plată ale acestora sunt menționate în polița de asigurare.

9.2 În cazul în care sumele asigurate sunt stabilite în valută, prima de asigurare se poate achita în valuta sau în echivalentul în lei al sumei, calculat la cursul de referință leu/valută stabilit de B.N.R. în data plății.

9.3 Prima de asigurare se achită anticipat și integral, pentru perioada de asigurare menționată în poliță, sau în rate. Prima rată se plătește înainte de intrarea în vigoare a poliței, iar următoarele până la datele scadente menționate în aceasta.

9.4 Pentru asigurarea încheiată pe o perioadă mai mică de un an, prima de asigurare se calculează prin aplicarea pentru fiecare lună a 1/10 din prima de asigurare anuală, fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă.

9.5 În cazul denunțării/încetării înainte de termen sau modificării contractului de asigurare, restituirea de primă aferentă perioadei de asigurare neconsumată, se va face în proporție de 1/12 din prima anuală. Restituirea primei de asigurare se face numai dacă nu au fost înregistrate avizări de daune și/sau nu s-au plătit indemnizații în baza contractului de asigurare. Fiecare lună începută se consideră lună întreagă.

9.6 În toate cazurile, dovada plății primelor de asigurare/ratelor de primă revine Contractantului/Asiguratului.

9.7 În cazul încheierii unui Supliment de asigurare, Asigurătorul preia în asigurare riscul producerii evenimentului asigurat, începând cel mai devreme în ziua următoare datei emiterii suplimentului și încasării eventualelor prime de asigurare suplimentare datorate.

9.8 În cazul în care ratele de primă ulterioare primei rate nu sunt plătite la data scadentă precizată în Poliță, Contractantul poate achita primele de asigurare datorate în termen de 15 zile calendaristice de la termenul scadent stabilit în Poliță (perioada de grație). În această perioadă, riscurile asigurate sunt acoperite numai dacă primele de asigurare datorate Asiguratului sunt achitate integral în perioada de grație.

10. ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE. SUSPENDAREA, REZILIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

10.1 Contractul de asigurare încetează de drept în următoarele cazuri:

- a) la ora 24:00 a datei de expirare prevăzută în Poliță;
- b) la data scadenței ratei de primă prevăzută în Poliță dacă prima de asigurare nu a fost achitată la data scadentă sau în perioada de grație acordată;
- c) la următoarea reînnoire a Poliței de asigurare în perioada căreia Asiguratul a împlinit 65 ani;
- d) la data decesului Asiguratului;
- e) la data la care a intervenit rezilierea/denunțarea unilaterală/încetarea cu acordul părților a Contractului de asigurare;
- f) prin plata integrală a sumei asigurate de către Asigurator cu titlul de indemnizații de asigurare;
- g) în cazul polițelor de grup, la data încetării raporturilor de muncă/colaborare, din orice motiv între Asigurat și Contractant ori la data pensionării, indiferent de motiv (limită de vârstă, boală etc.).

10.2 Dacă primele de asigurare scadente nu sunt plătite în perioada de grație (15 zile de la data scadenței), acoperirea prin Poliță încetează retroactiv cu începere de la data primei rate scadente neachitată, Asigurătorul nu acoperă riscurile asigurate prin Poliță și nu datorează indemnizații de asigurare.

10.3 Dacă primele de asigurare scadente nu sunt achitate în termenul maxim de 15 zile, Polița de asigurare se reziliază de plin drept, de la data primei rate scadente și neachitate, fără notificare sau altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței de judecată. Asigurătorul nu poartă răspundere cu privire la riscurile asigurate produse începând cu data scadenței la care era datorată prima rată de primă neplătită.

10.4 În afară de cauzele generale de nulitate, Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență, făcute cu rea-credință, de către Asigurat ori Contractantul asigurării cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii riscului asigurat. Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului, care, de asemenea, poate cere și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

10.5 Declarația inexactă sau reticența 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 are loc anterior producerii riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul fie de a menține contractul solicitând majorarea primei de asigurare, fie de a rezilia contractul de asigurare 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 funcționează. Atunci când constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

10.6 Cu excepția unei precizări diferite, menționată expres de către Asigurător în contractul de asigurare, interesul asigurabil este considerat cel al persoanei asigurate, chiar dacă contractul de asigurare a fost încheiat de un Contractant, altul decât Asiguratul. De asemenea, Contractantul va trebui să respecte obligațiile care derivă din contractul de asigurare, în afara celor care prin natura lor nu pot fi respectate decât de către Asigurat.

10.7 Dacă interesul asigurabil nu există, contractul de asigurare, eventual încheiat, este nul de drept și nu poate produce niciun fel de efecte juridice, iar Asigurătorul are dreptul de a reține Primele de asigurare încasate în cazul în care Contractantul a acționat cu rea-credință.

10.8 Dacă interesul este diferit va trebui declarat acest fapt în scris, în mod explicit, înainte de încheierea contractului, acesta constituind o împrejurare esențială privind Riscul, deoarece este avut în vedere la stabilirea Primei de asigurare și a condițiilor de preluare în asigurare.

10.9 Orice parte poate denunța contractul de asigurare cu condiția unei notificări prealabile, contractul urmând să-și înceteze efectele în termen de 20 zile de la data comunicării acesteia celeilalte părți.

10.10 În cazul denunțării Contractului de asigurare de către Contractant, Contractul își va înceta efectele cu începere de la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei de încetare astfel solicitate de către Contractant (dar nu mai puțin de 20 zile înainte de denunțare) sau, în cazul în care data nu este specificată expres, la ora 0:00 a celei de a 21 zile calendaristice de la data notificării de denunțare a Contractului de asigurare. Contractantul asigurării este obligat să plătească primele de asigurare aferente acoperirii riscului până la data încetării Contractului de asigurare prevăzută în Poliță.

10.11 În cazul contractelor încheiate la distanță, Asiguratul are dreptul de a denunța unilateral contractul pe parcursul unei perioade de 14 zile calendaristice de la încheierea contractului/primirea Poliței și a condițiilor de asigurare, fără penalități și fără a fi necesară invocarea vreunui motiv.

11. EXCLUDERI DIN ASIGURARE

11.1 Asigurătorul nu acordă indemnizații de asigurare în legătură cu/decurgând din/ca o consecință a/direct sau indirect:

- a) război, invazie, acțiune a unui dușman extern, ostilități, război civil, indiferent dacă războiul a fost declarat sau nu, insurecție, rebeliune, dictatura militară, revoluție, răscoala, conspirație, terorism, lovitură de stat militară sau civilă, starea de urgență;
- b) explozii atomice, radiații sau contaminări radioactive, precum și efectele acestora, poluare sau contaminare, sub orice formă, catastrofe ecologice;
- c) pierderea sau utilizarea neautorizată a datelor sau a informațiilor medicale (cyber risk);
- d) încălcarea prevederilor legale în vigoare cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal (Regulamentul (UE) 2016/679);
- e) condiții/afecțiuni medicale preexistente;
- f) afecțiuni neoplazice;
- g) comiterea sau încercarea de a comite, cu intenție, de către Asigurat a unor acțiuni prevăzute și pedepsite de legea penală, imprudențe și/ sau neglijențe grave;
- h) practicarea de Asigurat a unor sporturi extreme (spre exemplu alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatice sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria, schi-ul, mersul cu motocicletă în

afara drumurilor publice etc.), precum și participarea activă la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestora;

- i) participarea Asiguratului la serviciul militar ori misiuni militare;
- j) participarea Asiguratului în calitate de pasager sau pilot al unui aparat de zbor sau membru al echipajului, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane care efectuează zboruri pe rute regulate și cu orar afișat;
- k) dol sau culpă gravă ale Asiguratului/Contractantului/Beneficiarului sau, în cazul lipsei unui Beneficiar desemnat, a moștenitorilor legali;
- l) orice boală, inclusiv boala profesională, dacă nu s-a convenit altfel, conform celor precizate expres în Polița/Contractul de asigurare;
- m) orice tentativă de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată;
- n) medicina experimentală, participarea ca subiect la studii medicale, studii clinice, chimice, sau lucrări de cercetare științifică legate de sanatate, medicină alternativă, homeopatie;
- o) consumul excesiv de medicamente, droguri, inhalării intenționate a unor substanțe nocive organismului sau administrării inadecvate a unor substanțe folosite în terapeutică;
- p) intervenții de transplant, donare de organe, tratamente ulterioare aferente acestora;
- q) consecințele infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- r) sarcina, pierderea de sarcină, avortul, nașterea și orice alte evenimente în legătură cu starea de graviditate;
- s) expunerea la temperaturi extreme, condiții meteorologice nefavorabile.

11.2 Asigurătorul nu este răspunzător, nu acoperă și nu acordă indemnizații de asigurare pentru/în legătură cu:

- a) boli mintale, tulburări psihice, condiție psihică sau de natură nervoasă, depresie sau alte afecțiuni asemănătoare;
- b) boli infecțioase, parazitoze endemice, pandemii - confirmate de autoritățile competente;
- c) anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere;
- d) automedicația, autotratarea și orice consecință a acestora;
- e) consumul cronic, excesiv de alcool și urmările acestuia, spre exemplu neoplasm hepatic, ciroză, pancreatită cronică etc.;
- f) intervenții estetice, cu excepția celor necesare datorate unui risc asigurat acoperit prin Poliță, servicii și/sau consecințe ale reproducerii umane, sterilitate, infertilitate, întreruperea voluntară de sarcină și complicațiile acestora, schimbarea de sex, chirurgia bariatrică și metabolică (chirurgia obezității);
- g) cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau de odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare, cure de dezalcoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie;
- h) serviciu medical executat în mod necorespunzător, efectuat altfel decât conform standardelor medicale, malpraxis medical;
- i) afecțiuni apărute după încheierea perioadei de spitalizare, după data de externare recomandată de către medicul specialist sau peste numărul de zile înscris în Polița de asigurare;
- j) servicii medicale/tratamente executate de persoană care nu are calificarea profesională ori Asiguratul nu este tratat într-o unitate medicală acreditată conform legislației;
- k) evenimente survenite în timpul conducerii autovehiculului fără permis de conducere, fără abilitarea legală a conducerii acelei categorii de autovehicule, pe perioada suspendării permisului de conducere sau conducerii autovehiculului sub influența băuturilor alcoolice;
- l) consecințele hemoragiei organelor interne sau hemoragiilor cerebrale cu excepția cazului în care sunt cauzate de un eveniment asigurat;
- m) recidiva unei leziuni sau afecțiuni post-traumatice, față de care Asiguratul nu a urmat strict tratamentul medical și/sau perioada de repaus prescrise;
- n) evenimente/accidente produse ca urmare a nerespectării regulamentelor, instrucțiunilor etc. sau lipsei măsurilor de securitate și protecție;
- o) riscuri/evenimente care nu sunt acoperite prin Contractul de asigurare.

11.3 Asigurătorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor medicale prestate ori pentru erori și/sau acte de neglijență ale personalului medical.

11.4 Asigurătorul nu este răspunzător, nu acoperă și nu acordă despăgubiri pentru nicio pretenție care ar constitui o încălcare din partea Asiguratului a oricărei interdicții sau restricții privind sancțiunile economice sau comerciale naționale și/sau internaționale și/sau care rezultă direct sau indirect din aplicarea oricărei sancțiuni, interdicții sau restricții privind sancțiunile economice sau comerciale naționale și/sau internaționale.

12. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI/CONTRACTANTULUI

12.1 Asiguratul și/sau Contractantul trebuie să ofere declarații exacte și complete atât la încheierea asigurării precum și pe perioada derulării contractului de asigurare, după cum urmează:

- a) să răspundă în scris la informațiile solicitate de Asigurător în cererea-chestionar necesare acestuia pentru evaluarea riscului;

- b) să prezinte Asiguratorului, la încheierea Contractului de asigurare, toate circumstanțele, informațiile care-i sunt cunoscute, importante pentru preluarea riscului;
- c) să declare existența altor Contracte de asigurare pentru același tip de asigurare, la alți Asiguratori, la data producerii evenimentului asigurat;
- d) să depună toate diligențele pentru a preveni producerea evenimentului asigurat;
- e) să comunice în termen de 5 zile către Asigurator orice modificări survenite față de condițiile inițiale de evaluare a riscului asigurat care ar schimba esențial posibilitatea producerii evenimentului asigurat, cum este spre exemplu: modificarea ocupației, practicarea unor activități, hobby-uri cu risc ridicat, schimbarea adresei etc.;
- f) să permită reprezentanților Asiguratorului să reevalueze informațiile care au stat la baza încheierii contractului de asigurare, în orice moment pe parcursul perioadei de asigurare.

12.2 În cazul producerii evenimentului asigurat, Asiguratului și/sau Contractantului îi revin următoarele obligații:

- a) dacă starea sănătății îi permite, să se prezinte la o unitate medicală sau la medic pentru a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris;
- b) să notifice Asiguratorului evenimentul asigurat în termen de 48 ore de la producere, atunci când condiția medicală a Asiguratului îi permite;
- c) să pună la dispoziția Asiguratorului toate documentele de care dispune în vederea soluționării dosarului de daună (spre exemplu documentele/rezultatele investigațiilor medicale, documentele încheiate de autoritățile medicale/legale etc.);
- d) să se prezinte la medicul legist pentru stabilirea gradului de invaliditate, după terminarea tratamentului medical, însă nu mai târziu de un an de la data accidentului și să transmită Asiguratorului certificatul de invaliditate;
- e) să se prezinte, în cazul în care este notificat, spre a fi examinat medical de medicul agreat de Asigurator.

12.3 Prin semnarea Cererii de asigurare Contractantul/Asiguratul împuternicește Asiguratorul să obțină de la personalul medical informații privind istoricul medical, starea de sănătate, tratamentul efectuat, dezlegându-i de secretul profesional;

12.4 În vederea soluționării dosarelor de daună, Asiguratul împuternicește Asiguratorul să întreprindă orice fel de investigații, să obțină documentele/rezultatele investigațiilor medicale efectuate de Asigurat de la personalul medical/instituțiile medicale și să obțină orice date referitoare la acestea;

12.5 Asiguratul trebuie să facă dovada că riscul produs este acoperit prin asigurare, dacă nu se prevede altfel între Părți;

12.6 Contractantul este răspunzător pentru informațiile transmise Asiguratorului privind Asigurații, iar în cazul existenței declarațiilor neadevărate, indemnizația de asigurare va fi ajustată în consecință, conform datelor reale;

12.7 Asiguratul/Contractantul, prin semnarea Contractului de asigurare, conform prevederilor legale speciale emise de către Autoritatea de Supraveghere Financiară privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor, declară că va respecta prevederile legale comunicate de către Asigurator, că va declara Beneficiarul real al Contractului de asigurare la momentul semnării Contractului de asigurare;

12.8 În cazul neîndeplinirii de către Asigurat/Contractant a obligațiilor prevăzute mai sus, Asiguratorul are dreptul să refuze plata indemnizației, parțial sau integral, în măsura în care din acest motiv Asiguratorul nu a putut stabili cauza producerii evenimentului și/sau cuantumul indemnizației de asigurare.

13. STABILIREA ȘI ACORDAREA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

13.1 Indemnizația de asigurare se acordă pentru urmările directe și exclusive ale accidentului manifestate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței de asigurare, care sunt independente de condițiile fizice și patologice preexistente/boli cronice sau survenite înainte de data intrării în vigoare a poliței. Influența pe care accidentul putea să o exercite asupra condițiilor fizice și patologice preexistente sau survenite înainte de data intrării în vigoare a poliței, precum și influența pe care acestea o pot avea asupra efectelor vătămărilor corporale, sunt consecințe indirecte și prin urmare nu se indemnizează;

13.2 Valoarea indemnizației de asigurare se stabilește de către Asigurator prin reprezentanții săi, în baza evaluării documentelor puse la dispoziție de autorități și Asigurat, sau în caz de divergență, de către un expert sau organism specializat, agreat de ambele părți;

13.3 Cuantumul indemnizației de asigurare nu va putea în nici un caz depăși suma asigurată aferentă riscului asigurat. Riscurile asigurate conform opțiunii Asiguratului – se vor preciza expres în Polița de asigurare. Ori de câte ori termenul de "risc asigurat" este utilizat în prezentele Condiții de asigurare se va înțelege și „risc suplimentar”, dacă "riscul suplimentar", este acoperit prin Polița de asigurare;

13.4 Dacă un risc asigurat nu este precizat în Polița de asigurare, atunci se consideră că acesta nu este acoperit.

13.5 Dacă solicitarea de plată a indemnizației de asigurare este frauduloasă sau în mod evident exagerată, ori Contractul are la bază documente și/sau declarații neadevărate, Asiguratorul are dreptul să rezilieze Contractul de asigurare și să refuze plata indemnizației de asigurare.

13.6 În cazul în care Asiguratul nu notifică Asiguratorul cu privire la producerea Riscului asigurat în termenul precizat, Asiguratorul își rezervă dreptul de a nu acorda indemnizația de asigurare, dacă Asiguratorul nu a putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului asigurat. În situația în care Asiguratul nu poate

anunța Asigurătorul datorită unei urgențe medicale, acesta va trebui să-l anunțe de îndată ce condiția medicală îi permite, și să prezinte Asigurătorului documentele medicale în original, care să ateste existența urgenței. Contractantul se obligă să informeze toți Asigurații cu privire la termenii Contractului de asigurare.

13.7 Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizațiilor de asigurare nu constituie o recunoaștere în sarcina Asigurătorului a obligației de plată a indemnizației de asigurare.

13.8 În cazul în care documentația transmisă către Asigurător este incompletă, Asigurătorul va transmite o informare scrisă Asiguratului prin care va solicita documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor nu s-au putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația din asigurare.

13.9 În cazul producerii unui eveniment asigurat, conform acoperirii precizate în polița de asigurare, în limita sumelor asigurate, Asigurătorul despăgubește procentul din suma asigurată pentru fiecare risc, conform tabelelor Asigurătorului ce constituie parte integrantă din Contractul de asigurare.

13.10 Indemnizațiile se acordă numai dacă invaliditatea permanentă sau decesul au fost provocate de un accident produs în perioada de valabilitate a poliței și dacă au survenit în decurs de maximum un an de la data acestuia.

13.11 În cazuri justificate medical, când stabilirea gradului definitiv de invaliditate permanentă nu este posibilă în decurs de un an, aceasta se poate face în termen de cel mult doi ani de la data evenimentului asigurat. În astfel de situații, la calculul indemnizației se iau în considerare numai gradele de invaliditate permanentă atestate de medic ca fiind stabilite în maxim un an de la data accidentului.

13.12 Dacă înainte de accident, Asiguratul avea deja o invaliditate permanentă, gradul de invaliditate permanentă ca urmare a accidentului este dat de diferența dintre gradul final de invaliditate permanentă stabilit (care nu poate fi mai mare de 100%) și cel existent înainte de eveniment.

13.13 În caz de invaliditate permanentă incontestabilă, plata indemnizației se poate efectua fără a se mai aștepta terminarea tratamentului.

13.14 Indemnizația se plătește Asiguratului însuși cu excepția cazului de deces al Asiguratului, caz în care indemnizația se plătește Beneficiarului desemnat, sau în lipsa acestuia, moștenitorilor legali. În cazul în care au fost desemnați mai mulți Beneficiari, repartizarea indemnizației de asigurare se va face în părți egale, în situația în care nu s-a specificat altfel în contractul de asigurare.

13.15 Dacă valoarea indemnizației depășește de cel puțin trei ori prima de asigurare precizată în Poliță, Asigurătorul va reține din cuantumul indemnizației convenită toate ratele de primă rămase de achitat până la expirarea poliței (dacă polița se plătește în rate).

13.16 În vederea acordării indemnizației, Asigurătorul este îndreptățit să solicite Asiguratului/Beneficiarului punerea la dispoziție a documentelor originale care să clarifice producerea evenimentului asigurat și cuantumul indemnizației de asigurare.

13.17 Cheltuielile de reexaminare, la cererea Asiguratului, se suportă de către acesta. În funcție de informațiile/documentele transmise, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita documente suplimentare necesare pentru evaluarea evenimentului asigurat.

13.18 Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, în decursul a 30 (treizeci) zile, de la depunerea ultimului document justificativ solicitat.

13.19 În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, Beneficiarul/Asiguratul/Contractantul are obligația să transmită Asigurătorului, următoarele documente:

- a) formularul de avizare al evenimentului asigurat;
- b) copie după cartea de identitate;
- c) copie după certificatul de deces sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului;
- d) copie după certificatul medical constatator al decesului;
- e) documente medicale din care să rezulte istoricul medical (în situația în care este necesară verificarea afecțiunilor pre-existente), cum sunt: copii după fișe de consultații, adevărinițe medicale, bilete de externare din spital și altele;
- f) biletul de externare din spital însoțit de documente din care să rezulte durata internării, diagnosticul stabilit, tratamentele administrate, serviciile medicale prestate, intervențiile chirurgicale efectuate, după caz;
- g) declarația Asiguratului privind circumstanțele producerii evenimentului asigurat, declarații cu martori, procesul verbal încheiat de autoritățile competente, rezultatul analizelor medicale, certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adevărinițe medicale precum și orice alte documente necesare pentru evaluarea evenimentului asigurat;
- h) documente care să ateste legitimitatea Beneficiarului de a obține indemnizația de asigurare (copie);
- i) documente de plată (facturi, bonuri fiscale etc.) emise pe numele Asiguratului;
- j) alte documente solicitate de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul indemnizației de asigurare.

13.20 Documentele depuse în vederea obținerii indemnizației de asigurare rămân în proprietatea Asiguratorului, ele constituind acte de justificare a plăților efectuate.

13.21 Toate documentele depuse la Asigurător trebuie să fie emise pe numele persoanei asigurate.

13.22 După producerea evenimentului asigurat, în caz de declarații inexacte sau denaturate ale Asiguratului cu privire la riscul asigurat produs, făcute fără intenție la încheierea Poliței, Asigurătorul are dreptul să reducă indemnizația cuvenită corespunzător raportului dintre prima de asigurare stabilită și cea care, cunoscându-se exact împrejurările, ar fi fost cuvenită, sau să refuze plata indemnizației dacă față de acele împrejurări Contractul de asigurare nu s-ar fi încheiat.

13.23 Asigurătorul nu va acorda indemnizația de asigurare dacă:

- a) Asiguratul/Contractantul nu și-a îndeplinit obligațiile decurgând din Contractul de asigurare;
- b) Riscul asigurat s-a produs în perioada de suspendare a Contractului de asigurare;
- c) în declarațiile Asiguratului/Contractantului sau ale reprezentanților acestuia, care au stat la baza încheierii Contractului de asigurare transmise Asigurătorului cu ocazia cererii de indemnizare, se constată aspecte frauduloase;

13.24 În limitele indemnizației plătite, Asigurătorul se subrogă în toate drepturile Asiguratului contra celor răspunzători de producerea evenimentului.

13.25 Dacă Asiguratul renunță la drepturile sale privind indemnizația de asigurare prin acte juridice cu titlu oneros sau gratuit, indemnizația ce poate fi acordată de către Asigurător se va reduce proporțional cu suma reprezentând indemnizația de asigurare la care s-a renunțat. Dacă plata indemnizației a fost deja efectuată, Asigurătorul va recupera, conform legii, sumele plătite cu titlu de indemnizație, fie de la Asigurat, fie de la terța persoană răspunzătoare de producerea evenimentului.

13.26 Dacă din vina Asiguratului exercitarea regresului nu mai este posibilă, acesta va suporta costurile/cheltuielile medicale, iar în cazul în care Asigurătorul a achitat indemnizația de asigurare, Asiguratul va restitui Asigurătorului indemnizația de asigurare achitată în termen de maximum 5 zile de la data solicitării acestuia.

13.27 Sumele acordate drept indemnizație de asigurare se plătesc independent de alte sume cuvenite Asiguratului/Beneficiarului din alte polițe sau contracte de asigurare.

13.28 Plata indemnizației de asigurare către Asiguratul/Beneficiarul specificat în cererea privind plata indemnizației de asigurare se va face în lei, la cursul BNR de la data plății. Plata se va efectua într-un cont bancar al Asiguratului/Beneficiarului, deschis la o bancă din România.

13.29 Orice pretenție a Asiguratului/Beneficiarilor acestuia față de Asigurător, în legătură cu accidentul produs și urmările acestuia, se stinge prin plata indemnizației (în limita sumei asigurate).

13.30 Dreptul de a solicita plata indemnizației conform acestei polițe, se stinge după un termen de 2 ani de la data producerii evenimentului asigurat.

13.31 Creditorii Asiguratului nu au dreptul să urmărească suma asigurată cuvenită Beneficiarului asigurării.

14. PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

14.1 **Compania de Asigurări Reasigurări Exim România (Care România) S.A.** desfășoară activități de asigurări, exceptând asigurările de viață (cod CAEN 6512), la sediul său din București, Bulevardul Aviatorilor, nr. 33, parter, Sector 1 și prin intermediari în asigurări (brokeri de asigurare sau agenți de asigurare persoane juridice/fizice).

14.2 Datele cu caracter personal sunt informații referitoare la o persoană fizică (numită "persoana vizată") pe baza cărora respectiva persoană poate fi identificată, direct sau indirect.

14.3 Persoanele vizate cărora Asigurătorul le prelucrează datele cu caracter personal sunt: clienți - persoane fizice, persoanele fizice putând avea calitatea de client/contractant/asigurat, reprezentant legal/împuternicit/angajat/delegat cu diferite drepturi de operare sau de altă natură în relația cu Clientul, beneficiarul real, asociații/acționarii/membrii fondatori ai Clientului, alte persoane fizice având vreuna dintre aceste calități în cadrul unor entități cu care Clientul acționează în cadrul aceluiași grup sau în contextul încheierii unei polițe de asigurare, codebitori, avalişti, garanți (inclusiv persoanele fizice având funcții de conducere și de reprezentare în cadrul unei entități legale care au calitatea de garant în relația cu societatea), fidejutori, precum și succesorii legali sau convenționali ai celor menționați mai sus.

14.4 Pentru orice întrebări sau detalii în legătură cu modul în care societatea folosește datele cu caracter personal, fiecare persoană vizată se poate adresa direct societății utilizând datele de contact menționate mai sus sau poate trimite o solicitare Ofițerului pentru Protecția Datelor la adresa de e-mail: dpo@eximasig.ro. Mai multe informații despre EximAsig pot fi găsite la www.eximasig.ro.

14.5 În cazul prelucrărilor întemeiate pe consimțământul persoanei vizate, aceasta, potrivit prevederilor G.D.P.R., are dreptul ca, în orice moment, să își retragă consimțământul acordat. Consecința ar putea fi că nu vom mai putea presta anumite servicii pentru dumneavoastră.

14.6 Dacă persoana vizată alege să nu ofere Asigurătorului aceste date cu caracter personal, aceasta ar putea să întârzie sau chiar să împiedice îndeplinirea de către Asigurător a obligațiilor asumate. De asemenea, aceasta ar putea însemna că Asigurătorul nu va putea efectua serviciile necesare pentru a administra Contractul(le) de asigurare ale Clientului sau ar putea însemna că va trebui să anuleze un produs sau un serviciu pe care Clientul îl deține la Asigurător.

14.7 Datele cu caracter personal sunt obținute atât direct de la Client și/sau de la persoanele vizate (în momentul în care se completează formulare sau documente ale Asigurătorului, sau prin orice alte mijloc de comunicare electronică) și prin intermediari (brokeri de asigurare/ agenți de asigurare).

14.8 În cazul în care o persoană vizată este cea care furnizează Asigurătorului informații despre alte persoane vizate, acesta are obligația de a informa respectivele persoane vizate cu privire la modalitatea în care Asigurătorul îi prelucreză datele cu caracter personal.

14.9 În plus, Asigurătorul obține datele și indirect, prin consultarea unor surse externe (de ex: pentru ca Asigurătorul să își poată îndeplini obligațiile cu privire la cunoașterea clienței în scopul prevenirii spălării banilor și finanțării terorismului). Prin surse externe înțelegem instituții și autorități publice, registre publice, baze de date electronice, informații disponibile pe internet, terți abilitați, deținători de astfel de informații, cum ar fi, dar fără a ne limita la: Oficiul Național al Registrului Comerțului, portalul instanțelor de judecată din România administrat de Ministerul Justiției, terți abilitați în vederea deținerii unor baze de date ale persoanelor acuzate de terorism sau persoane expuse politic etc.

14.10 Potrivit G.D.P.R., fiecare persoană vizată are următoarele drepturi: dreptul de acces la datele cu caracter personal care o privesc; dreptul la rectificarea datelor; dreptul la ștergerea datelor ("dreptul de a fi uitat"); dreptul la restricționarea prelucrării; dreptul la portabilitatea datelor; dreptul la opoziție; dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv crearea de profiluri; dreptul de a se adresa cu o plângere Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal (ANSPDCP), ale cărei date de contact se regăsesc la adresa: www.dataprotection.ro

14.11 Prin semnarea prezentului Contract de Asigurare, Asiguratul recunoaște că înainte de colectarea datelor cu caracter personal ale propriilor angajați sau ale reprezentanților săi în procesul evaluării riscului subscris a luat la cunoștință și a transmis mai departe către aceștia informațiile furnizate de Asigurator cu referire la prelucrarea datelor cu caracter personal în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE 2016/679, respectiv Informarea prealabilă privind prelucrarea datelor cu caracter personal, și este de acord cu prelucrarea acestor date în condițiile prezentate în această Informare.

15. Dispoziții finale

15.1 Riscurile preluate în asigurare, în conformitate cu prezentele Condiții generale de asigurare, pot fi extinse prin preluarea unor riscuri suplimentare în baza condițiilor menționate și numai cu precizarea expresă în Polița de asigurare/Acte adiționale/Suplimente de asigurare.

15.2 Persoanele care obțin sau încearcă prin orice mijloace să obțină pe nedrept despăgubiri din asigurare sau cei care înlesnesc asemenea fapte, se pedepsesc potrivit legii penale ori de câte ori fapta întrunește elementele constitutive ale unei infracțiuni.

15.3 Conform prevederilor legislației fiscale aplicabilă contractelor de asigurare, primele de asigurare nu sunt purtătoare de TVA, indemnizațiile de asigurare nu sunt considerate venituri impozabile. Toate impozitele și taxele directe sau indirecte în legătură cu prezentul contract, revin Asiguratului.

15.4 Prevederile Poliței de asigurare pot fi modificate prin acordul părților, în timpul perioadei de asigurare, modificările respective intrând în vigoare de la data convenită de părți.

15.5 Toate condițiile și prevederile privind asigurarea se completează cu reglementările legale în vigoare în România. Legea aplicabilă contractului de asigurare încheiat în baza prezentelor Condiții generale este legea română.

15.6 Orice litigiu în legătură cu aplicarea Contractului de asigurare se rezolvă pe cale amiabilă între părți sau, în cazul în care acest lucru nu este posibil, de către instanțele judecătorești competente de la sediul părții sau de către alte instanțe de judecată competente potrivit dispozițiilor Codului de procedură civilă, din România.

15.7 În vederea rezolvării pe cale amiabilă a diferendelor, sesizările se vor transmite în scris pe adresa Asigurătorului: București, sector 1, Bd. Aviatorilor nr. 33, cod poștal 1011853 sau pe adresa de e-mail: office@eximasig.ro.

15.8 Soluționarea alternativă a litigiilor (SAL)

a) Soluționarea alternativă a litigiilor (SAL) este reglementată de Ordonanța Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, care transpune în legislația națională prevederile Directivei 2013/11/UE a Parlamentului European și a Consiliului privind soluționarea alternativă a litigiilor în materie de consum;

b) Soluționarea alternativă a litigiilor (SAL) se referă la crearea unui mecanism alternativ sistemului judiciar, prin care consumatorilor li se oferă posibilitatea de soluționare a litigiilor sau disputelor pe care le pot avea cu comercianții atunci când se confruntă cu o problemă legată de un produs sau serviciu pe care l-au achiziționat. SAL reprezintă posibilitatea de rezolvare extrajudiciară a unui litigiu apărut în relația contractuală dintre un consumator și un comerciant care refuză, sau amână nejustificat, rezolvarea disputei pe căi amiabile; Consumatorii pot afla mai multe informații despre SAL-Fin accesând www.salfin.ro.

15.9 Platforma SOL (Soluționarea online a litigiilor)

a) Platforma de soluționare on-line a litigiilor (SOL) este pusă la dispoziție de Comisia Europeană pentru a le permite consumatorilor și comercianților din UE să soluționeze litigiile legate de produse și servicii cumpărate de pe internet, fără să apeleze la instanță.

b) Orice consumator de servicii financiare nonbancare (inclusiv asigurări) are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor decurgând din contracte de prestare de servicii online, prin intermediul platformei SOL. Pentru

mai multe informații sau pentru a accesa platforma SOL puteți accesa următorul link:
<https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home2.show&lng=RO>.

15.10 Forța majoră exonerează de răspundere partea care, aflată în aceasta situație, o notifică celeilalte părți în termen de cel mult 5 (cinci) zile de la apariția forței majore și o dovedește cu înscrisuri oficiale în termen de 30 de zile de la apariția acesteia.

15.11 Toate comunicările cu privire la executarea prezentului Contract de asigurare trebuie efectuate în scris, astfel:

a) cele destinate Asiguratorului, prin e-mail la adresa office@eximasig.ro sau scrisoare recomandată cu confirmare de primire la sediul legal al acestuia așa cum rezultă din Poliță sau modificările succesive înscrise conform legii la Registrul Comerțului;

b) cele adresate Asiguratului/Contractantului, prin e-mail sau prin curier la adresa de domiciliu/sediu, menționate în documentația aferentă Contractului de asigurare, sau care au fost indicate expres de către Asigurat/Contractant, pentru trimiterea comunicărilor, ulterior încheierii Contractului de asigurare, sau prin e-mail la adresa intermediarului în asigurări.

c) dacă notificarea/comunicarea nu se poate transmite cu poșta/curier întrucât Asiguratul și-a schimbat adresa menționată în Poliță, fără să comunice Asiguratorului schimbarea acesteia, sau în cazul respingerii sau refuzului Asiguratului de a primi notificarea – inclusiv în cazul lipsei de la sediu/domiciliu și/sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței, notificarea se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia, sau, după caz, respingerea sau refuzul de a primi notificarea.

15.12 În vederea protejării Asiguraților, Beneficiarilor asigurării, prin contribuția Asiguratorilor s-a constituit Fondul de garantare, destinat plăților de indemnizații/despăgubiri rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, în cazul insolvenței Asiguratorului, conform Art. 2 alin. (3) din Legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare a Asiguraților. Fondul de garantare este constituit, ca persoană juridică de drept public, conform Legii nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților, completată cu Norma nr. 16/2015.

15.13 Prezentele Condiții generale de asigurare, Condițiile speciale de asigurare - după caz, Cererea Chestionar, Polița de asigurare, Clauzele speciale convenite, Anexele la Poliță, eventuale Suplimente de asigurare încheiate ulterior emiterii acestuia precum și orice alte documente semnate de părți fac parte integrantă din Contractul de asigurare.

**NIVELUL INDEMNIZAȚIEI (PROCENT DIN SUMA ASIGURATĂ)
 ÎN CAZ DE INVALIDITATE PERMANENTĂ DIN ACCIDENT**

Nr. crt.	INVALIDITATEA (vătămarea corporală)	PROCENT DE INDEMNIZARE (%) (aplicat la suma asigurată)	
		dreapta	stânga
I. INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ			
1.1	Paralizia totală și incurabilă	100	
1.2	Pierderea ambelor mâini sau brațe	100	
1.3	Pierderea totală a ambelor labe, gambe sau coapse ale picioarelor	100	
1.4	Pierderea totală a unei mâini și a unui picior	100	
1.5	Pierderea completă și irecuperabilă a vederii la ambii ochi	100	
1.6	Pierderea unei mâini sau a unui picior împreună cu pierderea completă și irecuperabilă a vederii la ambii ochi	100	
1.7	Cranio-hidroree (scurgere de lichid cefalo-rahidian prin fosa nazală ca urmare a unei fracturi a lamei ciuruite a etmoidului)	100	
1.8	Nebunia totală și incurabilă	100	
II. INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ – CAP			
2.1	Pierderea totală și irecuperabilă a auzului la ambele urechi de natură traumatică	70	
2.2	Pierderea totală și irecuperabilă a auzului la o ureche	25	
2.3	Pierderea totală și irecuperabilă a vorbirii	30	
2.4	Pierderea totală a unui ochi	35	
2.5	Pierderea maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50	
2.6	Pierderea de substanță osoasă a cutiei craniene		
	a) pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10	
	b) pe o suprafață cuprinsă între 3 și 6 cm ²	20	
	c) pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50	
III. INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ – MEMBRE SUPERIOARE			
3.1	Paralizia totală a unui membru superior (leziune incurabilă a nervilor)	70	60
3.2	Pierderea unui braț sau a unei mâini	60	50
3.3	Pierderea considerabilă de substanță osoasă la un braț (leziune definitivă și incurabilă)	50	40

3.4	Anchiloza completă a umărului	50	40
3.5	Anchiloza cotului în poziție nefavorabilă	40	35
3.6	Anchiloza cotului în poziție favorabilă	25	20
3.7	Paralizia totală a nervului circumflex	20	15
3.8	Pierdere extensivă de substanță osoasă la cele două oase ale antebrațului (leziune definitivă și incurabilă)	40	30
3.9	Paralizia totală a nervului median	40	35
3.10	Paralizia totală a nervului radial la zona de torsiune (încheietura mâinii)	35	2
3.11	Paralizia totală a nervului radial de la antebraț	50	40
3.12	Paralizia totală a nervului radial de la mână	40	30
3.13	Paralizia totală a nervului cubital	30	25
3.14	Anchiloza încheieturii mâinii în poziție nefavorabilă	35	30
3.15	Anchiloza încheieturii mâinii în poziție favorabilă	20	15
3.16	Pierdere totală a degetului mare	30	20
3.17	Pierdere parțială a degetului mare	25	15
3.18	Anchiloza totală a degetului mare	20	15
3.19	Amputarea totală a indexului	15	12
3.20	Pierdere totală a două falange de la index	10	8
3.21	Pierdere totală a falangei unghiale de la index	6	4
3.22	Amputarea simultană a degetului mare și a indexului	35	25
3.23	Pierdere totală a degetului mare și a unui deget, altul decât indexul	25	20
3.24	Pierdere totală a două degete, altele decât indexul și degetul mare	15	10
3.25	Pierdere totală a trei degete, altele decât indexul și degetul mare	20	15
3.26	Pierdere totală a patru degete, inclusiv degetul mare	45	40
3.27	Pierdere totală a patru degete, exclusiv degetul mare	40	35
3.28	Pierdere totală a degetului mijlociu	9	7
3.29	Pierdere totală a inelarului sau degetului mic	8	4
IV. INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ – MEMBRE INFERIOARE			
4.1	Pierdere totală a copsei (jumătatea superioară a piciorului)	60	
4.2	Pierdere totală a gambei (jumătatea inferioară a piciorului)	50	
4.3	Pierdere totală a piciorului (de la articulația tibio-tarsiană)	45	
4.4	Pierdere parțială a piciorului (de sub articulația gleznei)	40	
4.5	Pierdere parțială a piciorului (de la articulația medio-tarsiană)	35	
4.6	Pierdere parțială a piciorului (de la articulația tarsio-metatarsiană)	30	
4.7	Paralizia totală a membrului inferior (leziune incurabilă a nervului)	60	
4.8	Paralizia completă a nervului popliteu sciatic extern	25	
4.9	Paralizia completă a nervului popliteu intern	20	
4.10	Paralizia completă a celor doi nervi (popliteu sciatic extern și intern)	45	
4.11	Anchiloza bazinului	45	
4.12	Anchiloza genunchiului	25	
4.13	Pierdere de substanță osoasă de la femur sau ambele oase ale gambei (tibia și peroneu) – condiție incurabilă	60	
4.14	Pierdere de substanță osoasă de la rotulă, cu separarea considerabilă a fragmentelor și cu dificultăți mari la mișcarea și întinderea piciorului	40	
4.15	Pierdere de substanță osoasă de la rotulă, cu preservarea capacității motorii	20	
4.16	Scurtarea membrului inferior cu 1 până la 3 cm	15	
4.17	Scurtarea membrului inferior cu 3 până la 5 cm	25	
4.18	Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm	35	
4.19	Pierdere totală a tuturor degetelor	30	
4.20	Pierdere totală a patru degete, inclusiv a degetului mare	25	
4.21	Pierdere totală a patru degete, exclusiv a degetului mare	20	
4.22	Pierdere totală a degetului mare	10	
4.23	Pierdere totală a două degete, altele decât degetul mare	6	
4.24	Pierdere totală a unui deget, altul decât degetul mare	4	
V. CONSECINȚE ESTETICE CU CARACTER DEFINITIV (arsuri, degerături, cicatrici)			
5.1	Întreaga suprafață a capului	25	
5.2	Întreaga suprafață a unui membru superior	15	
5.3	Întreaga suprafață a unui membru inferior sau a gâtului	15	

5.4	Întreaga suprafață a organelor genitale externe sau a toracelui (anterior sau posterior)	15
5.5	În cazul afectării numai a unei părți din suprafață, despăgubirile se vor acorda proporțional.	
5.6	Pentru persoanele care, prin natura profesiei, sunt afectate în mod special de consecințele estetice cu caracter definitiv (actori, manechine, fotomodele), procentele de la punctele 68, 69, 70 și 71 se vor tripla.	
VI. ALTE PREVEDERI:		
6.1	pentru orice altă vătămare corporală care nu este cuprinsă sau nu poate fi asimilată în scala „Continental” de mai sus, se vor acorda sume de despăgubire proporționale, funcție de gradul de invaliditate stabilit de medicii legiști în conformitate cu prevederile „Ordinului pentru stabilirea criteriilor de determinare a gradelor de invaliditate permanentă în materia asigurării” emis în comun de Ministerul Finanțelor (nr. 275/06.09.1980) și Ministerul Sănătății (nr. 387/06.09.1980).	
6.2	în cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în același accident, indemnizația de asigurare se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare leziune, până la limita maximă de 100 de procente.	
6.3	în caz de pierdere anatomică sau reducere funcțională a unui organ sau a unui membru deja deficient, procentele indicate sunt micșorate ținând seama de gradul de invaliditate preexistent.	
6.4	pentru fiecare falangă terminală a degetelor, este considerată invaliditate permanentă numai extirparea totală. Indemnizația pentru pierderea funcțională sau anatomică a unei falange de la degetul mare se stabilește la jumătate din procentul fixat pentru pierderea totală a degetului respectiv, iar a unei falange de la oricare alt deget se stabilește la o treime din procentul stabilit pentru pierderea totală a degetului respectiv.	
6.5	în cazurile de invaliditate permanentă nespecificată în scala de mai sus, indemnizația se stabilește în funcție de măsura în care este diminuată pentru totdeauna capacitatea generală a Asiguratului pentru orice muncă utilă, indiferent de profesia sa, ținând cont de procentele aferente cazurilor mai sus menționate.	

**CLASIFICAREA ȘI NIVELUL INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE
ÎN CAZUL INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE**

INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ	PROCENT DE INDEMNIZARE (%) (aplicat la suma asigurată)	INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ	PROCENT DE INDEMNIZARE (%) (aplicat la suma asigurată)
1. Închidere sub narcoză a unei fracturi închise	25	22. Splenectomie	75
2. Tendonectomie	25	23. Toracotomie	75
3. Sutura tendoanelor	25	24. Osteotomie a oaselor lungi	75
4. Transplant de piele, grefă simplă	25	25. Rezecție pungă care comunică cu o art. mare	75
5. Rezecție punji care comunică cu o arteră mică	25	26. Plastia unei articulații mari	75
6. Drenaj de evacuare	25	27. Fractura cervicală a femurului	75
7. Amputări de degete	50	28. Amputarea de la umăr	75
8. Închiderea unei fracturi deschise a altor oase	50	29. Amputarea de la braț	75
9. Transplantul de tendoane	50	30. Amputarea de la cot	75
10. Amputare de la metatarsus sau metacarpus	50	31. Amputarea de la antebraț	75
11. Operație de menisc	50	32. Amputarea de la carpus (articulația radiocarpiană)	75
12. Cranioplastie	75	33. Amputare de la articulația șoldului	75
13. Intervenție chirurgicală pentru fractură craniană	75	34. Amputare de la coapsă	75
14. Intervenție chirurgicală pe creier sau pe meninge	75	35. Amputare de la tibie	75
15. Neurosătură primară sau secundară	75	36. Amputare de la articulația talocrurală (gleznă)	75
16. Închidere fracturi deschise (pe oase lungi)	75	37. Extirparea ochiului	75
17. Operare fracturi complicate pe oasele lungi	75	38. Dezlipire de retina	75

18. Lobectomie (pneumectomie)	75	39. Indepartarea corpiilor straini intraoculari	50
19. Toracoplastie	75	40. Extractia cristalinului	50
20. Pneumonectomie totală	100	41. Operație pe cord și aortă	100
21. Laringectomie	75	-----	

**NIVELUL INDEMNIZAȚIEI (PROCENT DIN SUMA ASIGURATĂ)
PENTRU CAZURI DE ARSURI CAUZATE DE UN ACCIDENT**

Nr. crt.	DESCRIEREA TIPULUI DE ARSURĂ	PROCENTUL DE INDEMNIZARE (%) <i>(aplicat la suma asigurata)</i>
1.	Arsura gradul II pe o suprafață de până la 5% din corp	5
2.	Arsura gradul II pe o suprafață de 5-10% din corp	10
3.	Arsura gradul III sau IV pe o suprafață de până la 5% din corp	10
4.	Arsura gradul II pe o suprafață de 10-25% din corp	15
5.	Arsura gradul III sau IV pe o suprafață de 5-10% din corp	20
6.	Arsura gradul II pe o suprafață de 25-50% din corp	30
7.	Arsura gradul II pe o suprafață de peste 50% din corp	45
8.	Arsura gradul III sau IV pe o suprafață de 10-25% din corp	70
9.	Arsura gradul III sau IV a organelor senzoriale	100
10.	Arsura gradul III sau IV pe o suprafață de peste 25 % din corp	100

**NIVELUL INDEMNIZAȚIEI (PROCENT DIN SUMA ASIGURATĂ)
PENTRU CAZURI DE FRACTURI CAUZATE DE UN ACCIDENT**

Nr. crt.	DESCRIEREA TIPULUI DE FRACTURĂ	PROCENTUL DE INDEMNIZARE (%) <i>(aplicat la suma asigurata)</i>
1.	Fractură simplă (un singur os) de claviculă, umăr, antebraț	15
2.	Fractura coccisului, tarsianului, metatarsianului	10
3.	Fractura coapsei	40
4.	Fractura brațului sau a piciorului	25
5.	Fractură de deget mână sau picior	5
6.	Fractură coaste (două sau mai multe coaste) sau stern	10
7.	Fractură dublă (două oase) antebraț, rotulă, pelvis (fără tracțiune)	20
8.	Fractură dublă (două oase) picior	30
9.	Fractura craniu	50
10.	Fractură mandibulă, maxilar sau fracturi complexe ale oaselor feței	20
11.	Fractura izolată a oaselor feței (oase nazale, orbită, zigomatic sau sinus maxilar)	10
12.	Fractură carpiene, metacarpiene, nas	10
13.	Fractură pelvis (cu tracțiune)	30
14.	Fractură de vertebră - procesare transversală sau o coastă	5
15.	Fractură comprimată de vertebre	40
16.	Fractura articulației	20
17.	Fractură compusă deschis-deschis	100

18. Pentru fracturi compuse se aplică o majorare cu 25% a indemnizației pentru fiecare caz în parte.
 19. Pentru fracturi cu intervenții deschise, grefă de os, îmbinări de os, se aplică o majorare cu 100% a indemnizației pentru fiecare dintre cazurile de mai sus.
 20. În oricare dintre cazuri, cuantumul despăgubirii nu poate depăși suma asigurată/limita maximă de indemnizare.

Prezentele Condiții de asigurare se atașează Poliței de asigurare de grup numărul 0031255 cu perioada asigurată de la 01.01.2023 până la 31.12.2023.

.....