

Asigurarea
de viață
de grup



Condițiile Contractului de asigurare

Asigurăm tot ce contează pentru tine.
Alo Groupama: 0374 110 110 www.groupama.ro



Groupama

Asigurări

CUPRINS

CONDIȚII GENERALE - ASIGURAREA DE VIAȚĂ DE GRUP NOMINAL	2
1. Definiții	2
2. Riscuri asigurate	3
3. Încheierea contractului de asigurare	3
4. Începerea și încetarea contractului de asigurare	4
5. Prima de asigurare	4
6. Întârzierea plății primelor de asigurare	5
7. Repunerea în vigoare a contractului de asigurare	5
8. Reînnoirea contractului de asigurare	5
9. Modificarea contractului de asigurare	6
10. Responsabilitățile contractantului/asiguratului și ale beneficiarului	6
11. Modalitatea de plată a indemnizațiilor	7
12. Excluderi	7
13. Corespondența oficială	8
14. Cheltuieli, dobânzi și taxe	8
15. Declarații false	8
16. Instanța competentă	8
17. Teritorialitate	9
18. Prevederi finale	9
CONDIȚII GENERALE - ASIGURAREA DE VIAȚĂ DE GRUP NENOMINAL	11
1. Definiții	11
2. Riscuri asigurate	12
3. Încheierea contractului de asigurare	12
4. Începerea și încetarea contractului de asigurare	13
5. Prima de asigurare	13
6. Întârzierea plății primelor de asigurare	14
7. Repunerea în vigoare a contractului de asigurare	14
8. Reînnoirea contractului de asigurare	14
9. Modificarea contractului de asigurare	14
10. Responsabilitățile contractantului/asiguratului și ale beneficiarului	15
11. Modalitatea de plată a indemnizațiilor	15
12. Excluderi	16
13. Corespondența oficială	17
14. Cheltuieli, dobânzi și taxe	17
15. Declarații false	17
16. Instanța competentă	17
17. Teritorialitate	18
18. Prevederi finale	18
CONDIȚII DE ASIGURARE PENTRU ASIGURĂRI SUPPLEMENTARE	20
1. Asigurarea suplimentară de deces ca urmare a unui accident	20
2. Asigurarea suplimentară de invaliditate permanentă, parțială sau totală ca urmare a unui accident	22
3. Asigurarea suplimentară de invaliditate permanentă, parțială sau totală din orice cauză	25
4. Asigurarea suplimentară de cheltuieli medicale ca urmare a unui accident	28
5. Asigurarea suplimentară de cheltuieli medicale din orice cauză	30
6. Asigurarea suplimentară de spitalizare ca urmare a unui accident	32
7. Asigurarea suplimentară de spitalizare din orice cauză	34
8. Asigurarea suplimentară de incapacitate temporară de muncă, ca urmare a unui accident	36
9. Asigurarea suplimentară de incapacitate temporară de muncă din orice cauză	38
10. Asigurarea suplimentară de intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident	40
11. Asigurarea suplimentară de intervenții chirurgicale din orice cauză	43
12. Asigurarea suplimentară pentru fracturi produse ca urmare directă a unui accident	47
13. Asigurarea suplimentară pentru arsuri produse ca urmare directă a unui accident	49
14. Asigurarea suplimentară de boli profesionale	51
15. Asigurarea suplimentară de boli grave	54

CONDIȚII GENERALE ASIGURAREA DE VIAȚĂ DE GRUP NOMINAL

1. DEFINIȚII

Următoarele definiții se aplică pentru prezentele condiții generale:

- 1.1. Accident:** eveniment datorat unei cauze neprevăzute, externe, vizibile, violente, întâmplătoare și absolut independente de voința Asiguratului și care îi provoacă acestuia vătămare corporală sau riscul asigurat. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore se consideră un singur accident.
- 1.2. Acoperire temporară:** producerea riscului asigurat între data semnării cererii de asigurare și intrarea în vigoare a poliței de asigurare, cu condiția încasării primei de asigurare la data semnării cererii de asigurare.
- 1.3. Asigurare de bază:** contract reglementat prin condițiile generale pentru Asigurarea de viață de grup, la care pot fi atașate asigurări suplimentare.
- 1.4. Asigurat:** persoana fizică, membru activ al grupului asigurat, a cărei viață, integritate corporală sau sănătate fac obiectul contractului de asigurare, cu vârsta de intrare acceptată de Asigurător.
- 1.5. Asigurări suplimentare:** acoperiri opționale care pot fi atașate la asigurarea de bază la încheierea sau la reînnoirea contractului de asigurare.
- 1.6. Asigurător:** Groupama Asigurări S.A., autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub Nr. RA -009/10.04.2003, Cod LEI 549300EO4TPESE4LEE73, care în schimbul primei de asigurare încasate, se obligă să plătească indemnizația de asigurare cuvenită, conform condițiilor contractuale.
- 1.7. Beneficiar:** persoana fizică sau juridică desemnată pentru încasarea indemnizației de asigurare și menționată pe contractul de asigurare. În cazul nedesemnării de către Asigurat a Beneficiarilor, aceștia vor fi moștenitorii legali ai Asiguratului.
- 1.8. Boală:** modificare patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de un medic specialist autorizat, conform criteriilor clinice, paraclinice.
- 1.9. Cererea de asigurare:** formularul tipizat ce conține date despre Asigurător, este completat de Contractant/Asigurat cu structura grupului asigurat și informații necesare evaluării riscului asigurat și reprezintă manifestarea de voință și consimțământul Contractantului, respectiv al Asiguratului, în vederea încheierii contractului de asigurare. Cererea de asigurare cuprinde tabelul nominal și face parte din contractul de asigurare.
- 1.10. Contractant:** persoana juridică înregistrată în România, care justifică un interes asigurabil în constituirea grupului asigurat ce încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul, având responsabilitatea de a plăti prima de asigurare în numele și în interesul Asiguraților și îndeplinind prevederile legale referitoare la capacitatea de a încheia contracte.
- 1.11. Contractul de asigurare:** actul juridic care se încheie între Contractant și Asigurător, în beneficiul Asiguratului, prin care Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare, iar Asigurătorul se obligă ca la producerea riscului asigurat să achite indemnizația de asigurare în termenii și limitele convenite în contract.
- 1.12. Durata asigurării:** perioada delimitată de data intrării în vigoare și data de expirare a contractului de asigurare.
- 1.13. Evaluarea riscului:** procesul prin care Asigurătorul determină dacă, și după caz, în ce condiții se vor acorda acoperirile prin asigurare și limitele acestora, Asiguratului.
- 1.14. Grup asigurat:** angajați/membri activi ai organizației/grupului al cărui număr minim este de 4 (patru) persoane, respectiv persoanele eligibile desemnate de Contractant, pentru a beneficia de asigurare. Numele membrilor grupului asigurat vor fi specificate în Anexa 1 la polița de asigurare sub forma unui tabel nominal.
- 1.15. Indemnizația de asigurare:** suma de bani plătită de către Asigurător în cazul producerii riscului asigurat.
- 1.16. Interesul asigurabil:** cerință esențială pentru valabilitatea contractului de asigurare; reprezintă existența unei relații clare între Asigurat, pe de o parte, și Contractant respectiv Beneficiar, pe de altă parte. Această relație trebuie să justifice interesul legitim al Contractantului pentru plata primelor de asigurare, pentru nivelul sumelor asigurate alese, precum și protecția de natură financiară necesară Beneficiarului în cazul producerii riscului asigurat.
- 1.17. Limita de despăgubire pe Asigurat:** suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește pentru o persoană din grup, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilită prin contractul 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.
- 1.18. Limita de despăgubire pe an contractual:** suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește tuturor persoanelor asigurate din grup, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilită prin contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor asigurate, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru secțiunea respectivă. În cazul în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.
- 1.19. Limita de despăgubire pe eveniment:** 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 secțiunea respectivă. În cazul în care valoarea indemnizației de

asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.

- 1.20. **Medic:** persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în limitele specialității licenței sale, în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
- 1.21. **Membru activ al grupului asigurat:** persoană fizică având calitatea de angajat, asociat, colaborator, client sau membru al organizației, calitate activă în prestația asumată față de Contractant, încadrată pe baza unui contract bilateral încheiat cu Contractantul, contract încheiat cu cel puțin 30 de zile înainte de data intrării în asigurare.
- 1.22. **Persoana dependentă:** poate fi soțul/soția Asiguratului sau copiii lor naturali sau înfiați necăsătoriți, cu vârsta de intrare în asigurare acceptată de Asigurător.
- 1.23. **Perioada de așteptare:** 60 (șaizeci) de zile calendaristice de la data de includere în grupul asigurat, perioadă în care se va acoperi riscul asigurat, numai în cazul unui accident. Pentru asigurările suplimentare, perioadele de așteptare sunt menționate în condițiile specifice.
- 1.24. **Polița de asigurare:** document eliberat de Asigurător, pentru a confirma încheierea contractului de asigurare.
- 1.25. **Prima de asigurare:** suma de bani plătită, conform condițiilor de asigurare, de către Contractant în schimbul asumării riscului de către Asigurător.
- 1.26. **Reprezentant vânzări:** persoana fizică sau juridică (angajatul Asigurătorului sau intermediar de asigurări certificat conform legii), împuternicit de Asigurător să consilieze în vederea încheierii unei asigurări, să sprijine Contractantul în completarea cererii de asigurare, să intermedieze/încheie asigurări în numele Asigurătorului, în conformitate cu prevederile stipulate în contractul de bază prin care i-a fost acordată împuternicirea.
- 1.27. **Reînnoirea contractului de asigurare:** modalitatea prin care contractul de asigurare poate continua după data de expirare.
- 1.28. **Risc asigurat:** evenimentul a cărui producere declanșează obligația Asigurătorului privind plata indemnizației de asigurare. Evenimentul poate fi reprezentat de decesul din orice cauză. Riscul asigurat principal va fi același pentru întreg grupul asigurat și va fi menționat în polița de asigurare.
- 1.29. **Sumă asigurată:** valoarea specificată în polița de asigurare și care stă la baza calculului indemnizației de asigurare.
- 1.30. **Scadența:** data până la care Contractantul poate achita prima de asigurare, astfel încât Asiguratul să poată beneficia de protecția prin asigurare.
- 1.31. **Vătămare corporală:** orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical și justificată prin documente medicale eliberate de medici specialiști, cauzată de un accident, cu condiția ca vătămarea să se producă în perioada de valabilitate a prezentului contract de asigurare.
- 1.32. **Vârsta Asiguratului:** numărul de ani întregi împliniți la ultima aniversare a zilei de naștere, în raport cu evenimentul la care se face referire.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1. Între data semnării cererii de asigurare și data intrării în vigoare a contractului, se va acoperi numai decesul din accident, așa cum este specificat în cererea de asigurare.
- 2.2. În cazul decesului Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli, în perioada de valabilitate a acestuia, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform condițiilor generale de asigurare, care se completează cu condițiile contractuale specifice ale fiecărei asigurări suplimentare, dacă este cazul.
- 2.3. Riscurile asigurate suplimentare vor fi alese de către Contractant și menționate în polița de asigurare și vor sta la baza calculului indemnizației de asigurare.
- 2.4. Valoarea sumei asigurate este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

3. ÎNCHIEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 3.1. Solicitarea de încheiere a unui contract de asigurare se face în scris, prin completarea și semnarea cererii de asigurare și a tabelului nominal de către Asigurați și de către Contractant, sub consimțământul fiecărui Asigurat.
- 3.2. Contractul de asigurare se poate încheia pentru:
 - a. riscuri asigurate produse în timpul îndeplinirii obligațiilor/sarcinilor de serviciu (inclusiv în timpul deplasărilor în interes de serviciu, în țară și în străinătate, precum și a deplasărilor de la domiciliu la locul de muncă și invers, fără abateri de la itinerariu în alte scopuri), sau
 - b. riscuri asigurate produse în timpul și în afara obligațiilor/sarcinilor de serviciu (24 de ore pe zi), pentru o primă suplimentară, dacă nu este prevăzut altfel prin polița de asigurare.
- 3.3. Contractul de asigurare este constituit din următoarele documente: polița de asigurare, condiții generale și eventuale condiții speciale, cerere de asigurare, Anexa 1 - Tabelul nominal și alte documente necesare încheierii contractului de asigurare și evaluării riscului.
- 3.4. În procesul de evaluare a riscului, dacă se determină existența unui risc din punct de vedere medical, ocupațional, financiar, rezidențial sau legat de sporturile practice de Asigurat etc., care depășește riscul de asigurare standard, Asigurătorul își rezervă dreptul de a:
 - a. accepta acoperirea riscurilor asigurate, în schimbul unei prime de asigurare majorate;
 - b. oferi asigurarea în alte condiții decât cele menționate în cererea de asigurare;

- c. refuza acoperirea riscurilor asigurate, în acest caz prima de asigurare inițială va fi returnată fără a fi purtătoare de dobândă. Dacă se consideră necesar a fi efectuate examinări medicale, acestea se vor efectua la o unitate medicală desemnată/agreată de Asigurător. Decizia ca urmare a procesului de evaluare va fi transmisă în scris, prin intermediul reprezentantului de vânzări sau la adresa de corespondență a Contractantului.
- 3.5.** Dacă, în perioada dintre data semnării cererii de asigurare și data intrării în vigoare a poliței de asigurare, se modifică starea de sănătate, ocupația Asiguratului sau alte informații furnizate pentru evaluarea riscului, Asigurătorul va fi înștiințat în maximum 2 zile lucrătoare.
- 3.6.** Orice documente, emise într-o limbă străină, care stau la baza încheierii contractului de asigurare, trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Contractant/Asigurat/Beneficiar.
- 3.7.** Polița de asigurare, precum și prezentele condiții generale de asigurare și condițiile speciale ale asigurărilor suplimentare aferente, vor fi înmânate direct, prin intermediul reprezentantului de vânzări sau vor fi transmise prin poștă la adresa de corespondență a Contractantului.
- 3.8.** Criterii de eligibilitate - un membru al grupului asigurat poate deveni Asigurat în următoarele condiții:

 - a. are vârsta acceptată de Asigurător pentru intrarea în asigurare, la emiterea/reînnoirea contractului de asigurare;
 - b. este activ la data de includere în grupul asigurat, nefiind împiedicat din motive medicale să-și îndeplinească responsabilitățile asumate în relația cu Contractantul. În cazul în care un membru al grupului asigurat a fost absent de la locul de muncă/nu și-a îndeplinit activitățile asumate în relația cu Contractantul din motive medicale, este eligibil pentru includerea în asigurare după ce a revenit la locul de muncă/locul îndeplinirii activităților asumate, dacă de la data revenirii acestuia și până la data includerii în asigurare s-au scurs cel puțin 20 de zile lucrătoare.
- 3.9.** Nu vor fi asigurate persoanele:

 - a. care se încadrează în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale în vigoare privind protecția socială;
 - b. pentru care este necesară îngrijirea permanentă, adică ajutor străin pentru îndeplinirea treburilor zilnice, certificat prin documente oficiale;
 - c. afectate de epilepsie, delirium tremens, alte boli psihice;
 - d. afectate de alcoolism, toxicomanie;
 - e. care suferă de orice boală gravă și permanentă (de exemplu: cancer, scleroză multiplă sau în plăci, infecția cu H.I.V/ SIDA și complicații sau îmbolnăviri survenite ca urmare a contractării acestui virus etc.).

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 4.1.** Contractul de asigurare începe la ora 00:00 a zilei imediat următoare după data plății primei de asigurare inițiale, dar nu mai devreme de data specificată în polița de asigurare.
- 4.2.** Contractul de asigurare, respectiv asigurările suplimentare încetează în oricare dintre următoarele cazuri:

 - a. la ora 24:00 a datei de expirare a asigurării specificată în polița de asigurare;
 - b. la data denunțării/rezilierii contractului de asigurare de către una dintre părți (Asigurător/Contractant), inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare. Denunțarea contractului de asigurare de către una din părți se poate efectua numai cu notificarea scrisă, prealabilă, a celeilalte părți, cu cel puțin 20 de zile înaintea denunțării. În cazul denunțării contractului de asigurare, primele de asigurare plătite în avans de către Contractant vor fi restituite pentru perioada de asigurare rămasă necoperită, numai dacă nu s-au plătit sau nu se datorează indemnizații de asigurare pentru riscurile asigurate produse în perioada de valabilitate a asigurării. În caz de restituire a primei, orice fracțiune de lună începută se consideră lună întreagă, calculată de la data emiterii poliței. Restituirea de primă se face la solicitarea scrisă a Contractantului;
 - c. la data plății întregii indemnizații de asigurare, pentru acel Asigurat sau pentru mai mulți Asigurați conform limitelor de despăgubire, dacă acestea sunt menționate pe polița de asigurare sau a sumelor asigurate;
 - d. dacă datele de identificare personale ale Contractantului și/sau Asiguratului și/sau Beneficiarilor se regăsesc în listele oficiale ale persoanelor fizice și ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia pe loc contractul de asigurare sau de a refuza plata indemnizației de asigurare;
 - e. în cazul renunțării Contractantului în primele 20 zile de la data emiterii poliței de către Asigurător. În acest caz Asigurătorul va returna prima de asigurare plătită de către Contractant la semnarea cererii de asigurare, mai puțin cheltuielile controlului medical (dacă acesta a fost efectuat). Prima de asigurare nu va fi purtătoare de dobândă;
 - f. la data ieșirii din grupul asigurat – numai pentru membrul care părăsește grupul asigurat;
 - g. la data decesului Asiguratului, numai pentru Asiguratul care a decedat;
 - h. la căsătoria persoanei dependente – numai pentru persoana dependentă care s-a căsătorit.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este calculată la nivel de grup în funcție de indicatori precum suma asigurată sau mărimea grupului, ocupația, rezidența, sporturile practicate, starea de sănătate a asiguraților (în cazul în care Asigurătorul solicită astfel de informații), fiind determinată pentru un an de asigurare, iar frecvența de plată a primelor poate fi anuală, semestrială, trimestrială sau lunară.
- 5.2.** Contractantul este răspunzător de plata primelor de asigurare, atât pentru asigurarea de bază, cât și pentru eventualele asigurări suplimentare atașate contractului de asigurare, conform modului de plată specificat în polița de asigurare.

În cazul în care Contractantul nu achită prima în întregime, contractul de asigurare este considerat neplătit, iar prima insuficientă nu este purtătoare de dobândă.

- 5.3. Contractantul va plăti prima de asigurare inițială la data completării și semnării cererii de asigurare, iar următoarele prime de asigurare, la datele scadente, conform modului de plată specificat în polița de asigurare.
- 5.4. Primele de asigurare se plătesc în lei, iar dacă moneda contractului este alta decât lei, primele de asigurare se plătesc în valuta poliței sau în lei la cursul BNR valabil în ziua plății.
- 5.5. Începând cu a 2-a scadență, Contractantul va plăti prima de asigurare direct în bancă sau prin virament bancar, data plății fiind cea înscrisă în documentul de plată. În documentul de plată trebuie menționat obligatoriu numărul poliței de asigurare, cuantumul primei de asigurare și denumirea Contractantului.
- 5.6. În calitate de plătitor, Contractantul va solicita și păstra dovada plății primei de asigurare. Asigurătorul nu este responsabil de plățile efectuate de Contractant fără a avea dovada de plată.
- 5.7. În cazul în care numărul de membri asigurați se modifică în cursul anului contractual, prin intrarea sau ieșirea din asigurare a unor Asigurați, prima de asigurare pentru grupul respectiv se va ajusta la următoarea aniversare lunară de la solicitare/plata primei pentru Asigurații intrați, corespunzător numărului de asigurați care intră/ies din grup.

6. ÎNTÂRZIAREA PLĂȚII PRIMELOR DE ASIGURARE

- 6.1. Obligațiile de plată ale Asigurătorului sunt strâns legate de plata primelor de asigurare de către Contractant, conform modului de plată specificat în polița de asigurare.
- 6.2. Contractantul asigurării beneficiază de un termen de grație de 30 de zile pentru plata primelor de asigurare datorate, timp în care riscurile asigurate sunt acoperite de Asigurător. În cazul în care se produce riscul asigurat, dar Contractantul nu achită primele de asigurare restante pentru întreg grupul asigurat, Asigurătorul este exonerat de plata indemnizației de asigurare.
- 6.3. În cazul în care nu este plătită prima de asigurare datorată în perioada de grație, acoperirea riscurilor asigurate încetează începând cu data primei scadențe neachitate, iar contractul de asigurare, poate fi:
 - a. repus în vigoare, conform art. 7.1.;
 - b. reziliat, fără vreo obligație de plată din partea Asigurătorului, conform art. 4.2. – punctul b.

7. REPUNEREA ÎN VIGOARE A CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 7.1. Contractul de asigurare se poate repune în vigoare în maximum 90 de zile de la prima scadență neachitată a primelor de asigurare. Pentru repunerea în vigoare, se trimit documentele necesare, iar Contractantul asigurării plătește toate primele datorate. În acest caz, Contractantul va transmite Asigurătorului dovada plății ratelor de primă restante, iar contractul de asigurare va fi repus în vigoare începând cu ora 00:00 a zilei următoare efectuării plății primelor de asigurare datorate și a acceptării de către Asigurător.
- 7.2. Începând cu a 91-a zi de la prima scadență neplătită, contractul de asigurare se va rezilia. În cazul în care Contractantul solicită în continuare acoperire prin asigurare, se va emite un nou contract de asigurare, urmându-se toți pașii necesari pentru aceasta.

8. REÎNNOIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 8.1. La expirarea anului de asigurare în vigoare, Asigurătorul poate oferi continuarea acoperirii aceluiași riscuri, sume asigurate egale sau mai mici, prin reînnoirea contractului de asigurare pentru un nou an de asigurare.
- 8.2. Reînnoirea se aplică numai pentru contractul de asigurare încheiat pe o perioadă de 1 an. Prelungirea cu acordul părților a valabilității contractului de asigurare de grup pentru o perioadă de 1 (un) an, ajuns la expirare, va intra în vigoare numai după emiterea de către Asigurător a poliței care o confirmă.
- 8.3. La fiecare dată de reînnoire a contractului, Asigurătorul va informa Contractantul în legătură cu prima de asigurare valabilă pentru următorul an de asigurare cu cel mult 45 de zile înainte de data reînnoirii.
- 8.4. Continuarea acoperirii va fi posibilă în aceleași condiții ca și în anul anterior, indiferent de modificările intervenite în starea de sănătate a Asiguraților. Alte modificări în afara celor medicale vor fi evaluate conform art. 3.4. din condițiile generale de asigurare privind Asigurarea de viață de grup. Fiecare reînnoire va fi posibilă dacă se vor îndeplini toate criteriile de eligibilitate, aferente fiecărei asigurări, valabile la acea dată.
- 8.5. În vederea reînnoirii contractului de asigurare, Contractantul trebuie să achite prima de asigurare înainte de data de expirare a contractului care se reînnoiește.
- 8.6. În vederea reînnoirii contractului de asigurare, Contractantul trebuie să transmită Asigurătorului cu 30 de zile înainte de data de expirare a anului de asigurare, următoarele documente:
 - a. cerere de reînnoire (formular tipizat) completată în întregime, semnată, ștampilată și datată;
 - b. dovada achitării noii prime de asigurare comunicată de Asigurător;
 - c. alte documente solicitate de Asigurător în vederea reînnoirii.

Cererea de reînnoire va fi evaluată de Asigurător, răspunsul urmând a fi comunicat Contractantului. Contractul de asigurare va fi reînnoit cu data aniversării poliței anuale cu condiția efectuării plății noilor prime și a acceptării de către Asigurător.
- 8.7. Noua poliță de asigurare emisă ca urmare a reînnoirii va fi înmănată prin intermediul reprezentantului de vânzări sau va fi transmisă direct Contractantului prin poștă, la adresa de corespondență.

- 8.8.** Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu accepta reînnoirea contractului de asigurare.
- 8.9.** Perioadele de așteptare se aplică de la data inițială de intrare în grupul asigurat, nefiind aplicată la fiecare reînnoire, cu condiția continuității în asigurare.

9. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 9.1.** Solicitarea de modificare a contractului de asigurare se poate efectua în perioada de valabilitate a acestuia, prin transmiterea de către Contractant a cererii de modificare (formular tipizat), astfel:

9.1.1. Cu cel puțin 30 de zile înainte de reînnoire/expirare, dacă modificarea constă în:

- a.** ajustarea primei de asigurare ca urmare a modificării sumelor asigurate, conform articolului 8.1.;
- b.** adăugarea unor asigurări suplimentare;
- c.** renunțarea la unele asigurări suplimentare;
- d.** adăugarea unor persoane dependente;
- e.** renunțarea la unele persoane dependente;
- f.** schimbarea frecvenței de plată a primelor.

În cazul modificărilor de la literele **a.**, **b.**, **d.** sau **f.** de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a relua procesul de evaluare.

În cazul în care au fost realizate ajustări de primă, diferența va fi plătită de către Contractant Asigurătorului sau de către Asigurător Contractantului, la solicitarea scrisă a Contractantului și va fi calculată ținând cont de aniversarea lunară a poliței de asigurare.

9.1.2. În orice moment dacă, modificarea constă în:

- a.** schimbarea/adăugarea Beneficiarului;
- b.** schimbarea numelui Contractantului/Asiguratului/Beneficiarului/persoanelor dependente, în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești;
- c.** cesionarea asigurării/renunțarea la cesiune, numai cu acordul cesionarului (bancă/instituție financiară);
- d.** schimbarea adresei de corespondență a Contractantului;
- e.** ajustarea primei de asigurare la aniversarea lunară a poliței, ca urmare a modificărilor din structura grupului asigurat privind strict Asigurații. Nu se vor accepta regularizări cu 45 zile înainte de reînnoire.

Decizia Asigurătorului privind solicitarea de modificare va fi transmisă direct prin intermediul reprezentantului de vânzări sau prin poștă, la adresa de corespondență.

- 9.2.** Asigurătorul are dreptul de a verifica existența interesului asigurat înaintea de a opera modificarea, iar în cazul în care acesta nu poate fi probat, își rezervă dreptul de a nu accepta modificarea.
- 9.3.** Modificarea contractului de asigurare este posibilă după depunerea cererii de modificare (formular tipizat) și plata primei de asigurare aferentă modificărilor. Modificarea este valabilă după ce a fost acceptată de Asigurător, iar în acest sens Asigurătorul va emite documentul justificativ.

10. RESPONSABILITĂȚILE CONTRACTANTULUI/ASIGURATULUI ȘI ALE BENEFICIARULUI

- 10.1.** Contractantul și/sau Asiguratul trebuie să ofere declarații exacte și complete, deoarece, pe baza acestora Asigurătorul va prelua acoperirea riscurilor asigurate sau va plăti despăgubirea. Prin urmare, este necesară înștiințarea în scris despre toate condițiile importante din punct de vedere al evaluării riscului asigurat, astfel:

- a.** la completarea cererii de asigurare - prin declararea adevărului și a informațiilor exacte și complete;
- b.** pe toată durata de valabilitate a contractului de asigurare - prin înștiințarea în scris cu privire la orice schimbare intervenită în ocupația, domiciliul (rezidența), numele, starea de sănătate a Asiguratului/persoanelor dependente (doar dacă se regăsește printre situațiile menționate la **art. 3.9**) în termen de 7 zile de la producerea schimbării.

În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul de a relua procesul de evaluare a riscurilor asigurate. În acest sens Asigurătorul va transmite în scris decizia prin intermediul reprezentantului de vânzări sau la adresa de corespondență a Contractantului.

- 10.2.** Contractantul se obligă să comunice tuturor membrilor grupului asigurat, prevederile contractului de asigurare de grup și prevederile condițiilor contractuale generale și ale condițiilor contractuale specifice, aferente fiecărei asigurări și ale oricărui alte prevederi agreeate între părți pe toată durata contractului de asigurare de grup.
- 10.3.** În cazul unui accident sau unei îmbolnăviri, Asiguratul are obligația, dacă starea sănătății îi permite, să se prezinte la o unitate sanitară sau la un medic pentru a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris, de a solicita și de a accepta imediat să fie supus unui tratament medical calificat în vederea restabilirii stării sale de sănătate. Asiguratul va solicita medicilor săi curanți și va comunica Asigurătorului toate informațiile privind starea sa de sănătate. Dacă Asiguratul nu respectă tratamentul recomandat pentru restabilirea stării sale de sănătate, Asigurătorul va avea dreptul de a refuza acoperirea riscului asigurat și plata indemnizației de asigurare.
- 10.4.** Contractantul are obligația de a informa Asigurătorul despre intrările/ieșirile în/din asigurare ale membrilor asigurați, în funcție de care se va recalcu la prima de asigurare la scadență.
- 10.5.** În termen de 6 (șase) luni de la deschiderea dosarului de daună, Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul are obligația să pună la dispoziția Asigurătorului toate documentele necesare soluționării dosarului.
- 10.6.** În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul nu își îndeplinește obligațiile prevăzute în condițiile de asigurare, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut soluționa dosarul de daună.

11. MODALITATEA DE PLATĂ A INDEMNIZAȚIILOR

- 11.1.** Asigurătorul va fi înștiințat (avizat) în scris, cât mai curând posibil, despre orice eveniment prevăzut în contractul de asigurare, dar nu mai târziu de 30 de zile de la producerea acestuia. În caz contrar, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului asigurat. Înștiințarea (avizarea de daună) constă în notificarea scrisă (formular tipizat sub denumirea „Formular de avizare eveniment asigurat”), pus la dispoziție de către Asigurător la cererea Beneficiarului și completat de acesta în cazul producerii riscului asigurat.
- 11.2.** Dacă decesul Asiguratului survine în termenul prevăzut de contractul de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare Beneficiarului desemnat în contractul de asigurare, iar în lipsa desemnării acestuia, moștenitorilor conform legislației în vigoare.
- 11.3.** Contractantul asigurării este îndreptățit să modifice numele Beneficiarilor în orice moment anterior datei decesului Asiguratului cu acordul Asiguratului. Contractantul asigurării are datoria de a aduce la cunoștință în scris Asigurătorului orice schimbare efectuată. Schimbările produse într-o dată în vigoare la data acceptării lor de către Asigurător.
- 11.4.** 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.
- 11.5.** În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, Beneficiarul/Asiguratul/Contractantul are obligația să transmită următoarele documente:
- avizare daună (formular tipizat), completată în întregime, semnată, ștampilată și datată (în original);
 - certificat de deces sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului (copie);
 - certificat medical constatator al decesului (copie);
 - documente medicale (copie) care să cuprindă diagnosticul și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu decesul (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.);
 - proces verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului (copie): declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adeverințe/rapoarte medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
 - acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: act de identitate/pașaport (copie);
 - adeverință de la angajator, din care să reiasă că Asiguratul este eligibil pentru a încasa indemnizația de asigurare (original);
 - adeverință/fișă medicală (copie);
 - alte documente solicitate de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al indemnizației de asigurare.
- 11.6.** Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Beneficiar/Contractant/Asigurat.
- 11.7.** În cazul în care nu a fost stabilit un Beneficiar sau dacă Beneficiarul desemnat a decedat înaintea producerii riscului asigurat, plata indemnizației de asigurare se face moștenitorilor, conform legislației în vigoare.
- 11.8.** Dacă vor exista neclarități în ceea ce privește dreptul de a încasa indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea clarificărilor necesare.
- 11.9.** Asigurătorul nu are dreptul de a elibera copii ale documentelor emise de alte instituții (medic de familie, spital, IML, poliție, parchet etc.).
- 11.10.** Prin încheierea contractului de asigurare, Asigurătorul este autorizat de Asigurat să acționeze în numele său și pentru sine pentru îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată determina cu exactitate împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat.
De asemenea, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarii va/vor pune la dispoziția Asigurătorului informațiile medicale pe care le deține legat de istoricul medical al Asiguratului.
- 11.11.** Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare astfel:
- în lei - dacă moneda plății este alta decât lei, plata se va efectua în lei, la cursul BNR din ziua plății;
 - în maximum 30 de zile de la data depunerii documentației complete, inclusiv a formularului de plată a indemnizației (formular tipizat) transmis de Asigurător, în contul bancar al Beneficiarului, deschis la o bancă de pe teritoriul României.
- 11.12.** Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizației de asigurare nu reprezintă o garanție că Asigurătorul recunoaște obligația de plată a indemnizației.
- 11.13.** În cazul în care Contractantul a optat pentru una sau mai multe asigurări suplimentare, Asigurătorul va acorda indemnizațiile de asigurare aferente acestora, independent de indemnizația de asigurare acordată pentru asigurarea de bază.
- 11.14.** În cazul în care indemnizația maximă a fost acordată pentru mai mulți membri ai grupului asigurat, astfel că numărul membrilor grupului este mai mic decât cel minim acceptat de asigurător, contractul va continua până la expirare pentru membrii rămași în grupul asigurat, iar reînnoirea contractului se va efectua cu respectarea criteriilor de eligibilitate privind constituirea grupului asigurat.
- 11.15.** Asigurarea de bază și cele suplimentare nu au participare la profit și/sau valoare de răscumpărare.

12. EXCLUDERI

Riscul asigurat nu este acoperit de contractul de asigurare dacă:

- 12.1.** Are loc în afara perioadei de asigurare sau este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:
- a.** război declarat sau nu, război civil, operațiuni de război, ostilități militare, invazie, răscoale, tulburări sociale, revoluție, rebeliune, grevă, insurecție, conspirație, acte de terorism sau sabotaj;
 - b.** explozii atomice, radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară sau infestări radioactive urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
 - c.** catastrofă ecologică;
 - d.** epidemie națională sau pandemie confirmată de autoritățile competente;
 - e.** acțiunea directă a Asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge și/sau 0,4 la mie în aer;
 - f.** actul intenționat al Beneficiarului, pentru care acesta a fost condamnat definitiv. În acest caz, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare celorlalți Beneficiari desemnați sau în cazul nedeseemnării acestora, moștenitorilor conform legislației în vigoare;
 - g.** comiterea sau încercarea de a comite, cu intenție de către Asigurat, ca autor sau complice, a unor acțiuni violente sau criminale, imprudențe sau neglijențe grave, prevăzute de legea penală în vigoare;
 - h.** abuz de medicamente, droguri, alcool, introducerea intenționată a unor substanțe nocive în organism sau administrarea inadecvată a unor substanțe folosite în terapeutică;
 - i.** suicidul Asiguratului în primii doi ani de la data de includere în grupul asigurat, în cazul reînnoirii contractului, cu condiția continuității în asigurare.
- 12.2.** Acoperirea următoarelor activități nu a fost acceptată prin condiții speciale, iar la data producerii riscului asigurat, Asiguratul:
- a.** este înrolat în serviciul militar;
 - b.** practică sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatică sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria, schi-ul, mersul cu motocicletă în afara drumurilor publice, mersul cu bicicleta pe teren accidentat (pe munte, pe dealuri); (enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă).
 - c.** zboară în calitate de pasager, 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 (zborurile charter organizate de societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane sunt acoperite de prezenta asigurare).

13. CORESPONDENȚA OFICIALĂ

- 13.1.** Documentele ce au fost trimise Asigurătorului, în vederea încheierii contractului de asigurare sau ulterior intrării lui în vigoare, au valoare juridică numai dacă au fost prezentate în formă scrisă și au fost înregistrate de Asigurător. Toate solicitările Contractantului/Asiguratului sunt valabile începând cu data la care sunt înregistrate și acceptate de Asigurător. Formularele tipizate trebuie completate în totalitate și semnate de reprezentantul legal sau împuternicitul Contractantului, având aplicată ștampila firmei.
- 13.2.** Adresa de corespondență a Contractantului și Asiguratului trebuie să fie pe teritoriul României.
- 13.3.** În cazul în care Contractantul își va schimba adresa de corespondență fără a înștiința în scris Asigurătorul, toată corespondența va fi transmisă la ultima adresă comunicată de acesta.

14. CHELTUIELI, DOBÂNZI ȘI TAXE

Taxele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de Contractant. Taxele care se referă la plata indemnizațiilor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de beneficiarii plăților. Taxele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, poliție, parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurător în vederea încheierii/modificării contractului de asigurare sau a plății indemnizației de asigurare vor fi suportate de Contractant/Beneficiar/Asigurat.

15. DECLARAȚII FALSE

- 15.1.** În cazul în care Contractantul sau Asiguratul furnizează declarații inexacte, informații incomplete în cererea de asigurare sau în momentul avizării unui eveniment asigurat sau dacă nu înștiințează Asigurătorul cu privire la schimbările intervenite în termenul specificat, conform art. 10.1., Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare.
- 15.2.** În cazul în care Contractantul sau Asiguratul furnizează declarații inexacte sau de reticență făcute cu rea credință, contractul de asigurare va deveni nul, iar Asigurătorul își rezervă dreptul de a reține primele de asigurare convenite până la momentul la care a luat cunoștință de aceste declarații.

16. INSTANȚA COMPETENTĂ

- 16.1.** Contractul de asigurare este guvernat de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și de prevederile specifice cuprinse în prezentele condiții generale de asigurare.
- 16.2.** Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarul au posibilitatea de a comunica în scris Asigurătorului toate nemulțumirile, conflictele și neînțelegerile cu privire la contractul de asigurare. Ambele părți se obligă să rezolve pe cale amiabilă toate conflictele care pot să apară din sau în legătură cu contractul de asigurare. Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul se pot adresa direct sediului central pentru transmiterea oricăror reclamații sau pentru solicitarea de informații.
- 16.3.** Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarii nemulțumiți de soluționarea cererilor privind contractul de asigurare de grup se pot adresa Autorității de Supraveghere Financiară, autoritatea administrativă responsabilă de punerea în aplicare a legislației

în domeniul asigurărilor precum și de supravegherea și controlul respectării dispozițiilor legale în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare.

16.4. Soluționare alternativă a litigiilor:

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

Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, ASIGURATUL / CONTRACTANTUL / BENEFICIARUL trebuie să se adreseze către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>.

Aceste demersuri nu îngrădesc dreptul ASIGURATULUI / CONTRACTANTULUI / BENEFICIARULUI de a formula reclamații la adresa ASIGURĂTORULUI și de a se adresa instanțelor de judecată competente.

17. TERITORIALITATE

Prezența asigurare acoperă riscurile asigurate produse atât în România cât și în străinătate, pentru cetățeni cu domiciliul sau rezidența în România. Indemnizația de asigurare se va plăti numai în România.

18. PREVEDERI FINALE

18.1. Există posibilitatea ca Asiguratorul să includă în contractul de asigurare, cu acordul părților, unele prevederi diferite față de cele menționate în prezentele condiții de asigurare, dacă este necesar pentru scopul și natura asigurării. Eventualele diferențe nu vor fi în conflict cu stipulațiile obligatorii ale legislației române.

18.2. În general, Groupama Asigurări S.A. prelucrează datele cu caracter personal furnizate direct de Dumneavoastră cu ocazia solicitării unei oferte de asigurare sau în vederea încheierii unui contract de asigurare. În același timp, în cadrul unor produse de asigurare contractate de alte persoane, Groupama Asigurări S.A. poate prelucra datele Dumneavoastră cu caracter personal (date de identificare, de contact, vârsta, etc.) furnizate de Contractantul asigurării în cazul în care sunteți desemnat Asigurat sau Beneficiar al asigurării.

Prelucrarea datelor Dumneavoastră cu caracter personal este necesară pentru încheierea contractului de asigurare, în caz de refuz Groupama Asigurări neputând să încheie sau să execute contractul vizat.

Datele Dumneavoastră cu caracter personal sunt prelucrate în baza următoarelor temeuri juridice:

- în vederea încheierii și derulării contractului de asigurare, în special pentru a) evaluarea riscurilor și calculul primelor de asigurare, inclusiv prin crearea de profiluri, b) administrarea contractului, c) administrarea daunelor, d) comunicarea cu Dumneavoastră pe parcursul executării contractului și în caz de daună;
- în vederea îndeplinirii obligațiilor legale sau a cerințelor reglementare aplicabile Groupama Asigurări S.A., cum ar fi a) îndeplinirea obligațiilor de prevenire și combatere a spălării banilor și a finanțării actelor de terorism sau de aplicare a sancțiunilor internaționale, b) soluționarea petițiilor, c) obligații de raportare, d) evidența documentelor operaționale și financiar-contabile;
- în vederea realizării unor interese legitime ale Groupama Asigurări S.A., în special pentru a) prevenirea fraudelor și a plăților nejustificate în cadrul dosarelor de daună; b) reasigurare, c) investigarea nivelului de adecvare a produsului la piața țintă stabilită; d) analize statistice/ actuariale; e) studii de cercetare; f) recuperarea creanțelor.

În situațiile de prelucrare automată, Groupama Asigurări S.A. garantează dreptul Dumneavoastră de a obține intervenție umană din partea Groupama Asigurări S.A., de a vă exprima punctul de vedere și de a contesta decizia prin adresarea unei solicitări în acest sens pe adresa dpo@groupama.ro.

Datele cu caracter personal privind sănătatea (cum ar fi: date privind starea de sănătate fizică și psihică sau afecțiunile medicale declarate în chestionarele medicale și/sau care rezultă din analizele medicale efectuate la încheierea unui contract de asigurare, datele medicale colectate de la furnizorii de servicii medicale pentru decontarea serviciilor accesate de către asigurat, datele medicale colectate în procesul de despăgubire în cazul unui eveniment asigurat) sunt prelucrate, conform condițiilor de asigurare aplicabile, pentru: evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare, accesarea serviciilor medicale asigurate și decontarea acestora și determinarea cuantumului despăgubirii convenite. Temeiul legal al prelucrării acestor date îl reprezintă consimțământul dumneavoastră.

Groupama Asigurări S.A. poate transmite datele Dumneavoastră cu caracter personal în vederea îndeplinirii obligațiilor sale legale sau decurgând din executarea contractului de asigurare către următorii destinatari /categorii de destinatari: Autoritatea de Supraveghere Financiară, Oficiul Național de Prevenire și Combatere a Spălării Banilor, autoritatea judecătorească, organe de urmărire sau cercetare penală, institute naționale / servicii teritoriale de expertiză, alte autorități publice centrale sau locale, alți Asigurători sau Reasigurători, Intermediari în asigurări / reasigurări, alte entități din grupul Groupama, consultanți sau prestatori de servicii, alte persoane sau instituții publice sau private, în cazul în care furnizarea datelor cu caracter personal este necesară pentru a da curs unei solicitări care are la bază un temei legal ori pentru îndeplinirea obiectului de activitate sau pentru respectarea obligațiilor decurgând din contractul de asigurare.

Transferul datelor personale către țări terțe

În cadrul executării contractului de asigurare încheiat cu Dumneavoastră, Groupama Asigurări S.A. ar putea fi pusă în situația de a transfera datele Dumneavoastră personale către țări terțe (din afara Spațiului Economic European). În acest caz, Groupama Asigurări S.A. se va asigura fie că transferul se face către o țară care asigură un nivel adecvat de protecție, fie va lua garanții suplimentare adecvate de protecție a datelor Dumneavoastră personale, cum ar fi implementarea de

clauze contractuale standard aprobate la nivel european sau reguli corporatiste obligatorii.

Pentru a obține mai multe informații despre garanțiile aplicabile în caz de transfer către o țară terță sau pentru a obține o copie a acestora, puteți transmite o cerere la sediul Groupama Asigurări S.A. din București.

Durata stocării datelor cu caracter personal

Datele Dumneavoastră cu caracter personal sunt stocate pe perioada necesară pentru a respecta diversele obligații legale sau reglementare. În cazul contractelor de asigurare, dosarele client sunt păstrate de regulă 10 ani de la expirarea poliței sau de la ultima operațiune pe dosarul respectiv (oricare dintre acestea intervine mai târziu), iar în cazul ofertelor neurmte de încheierea unui contract de asigurare datele sunt păstrate de regulă maxim 2 luni. La expirarea termenului de păstrare, datele vor fi șterse.

Drepturile Dumneavoastră în calitate de persoană vizată

În calitate de persoană vizată, aveți următoarele drepturi:

- de acces – puteți obține informații în legătură cu prelucrarea datelor Dumneavoastră cu caracter personal, precum și o copie a acestora;
- la rectificare – puteți solicita completarea sau actualizarea datelor Dumneavoastră cu caracter personal în cazul în care sunt incomplete sau inexacte;
- de a fi uitat – în anumite situații, puteți solicita ștergerea datelor Dumneavoastră cu caracter personal;
- la restricționarea prelucrării – în anumite situații, puteți solicita prelucrarea condiționată a datelor cu caracter personal până la soluționarea anumitor operațiuni referitoare la datele dvs.;
- la opoziție – în situația prelucrării întemeiate pe realizarea unor interese legitime, vă puteți opune motivat unei astfel de prelucrări;
- la portabilitatea datelor – puteți solicita transmiterea datelor cu caracter personal furnizate de Dumneavoastră și prelucrate prin mijloace automate într-un format structurat, care poate fi citit automat.

Fiecare drept dintre cele de mai sus se poate exercita prin trimiterea unei cereri scrise, semnate și datate, la sediul Groupama Asigurări S.A. din București.

În situația în care considerați că drepturile Dumneavoastră nu sunt respectate, vă puteți adresa responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal la adresa de mai sus sau puteți depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal (ANSPDCP).

Datele de identificare și de contact ale Operatorului

Groupama Asigurări S.A., cu sediul social în București, strada Mihai Eminescu, nr. 45, sector 1, CUI 6291812, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/2857/2010, e-mail: office@groupama.ro, tel: 021/305 80 00, fax: 021/310 99 67.

Responsabilul cu protecția datelor poate fi contactat la adresa de e-mail: dpo@groupama.ro.

- 18.3.** Asigurătorul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o sancțiune, o interdicție sau o restricție prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite, și/sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.
- 18.4.** Toate informațiile obținute de Asigurător din documentele care fac parte din contractul de asigurare se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.
- 18.5.** Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Forța majoră este constatată de o autoritate competentă. Îndeplinirea contractului va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia. Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica imediat și în mod complet, celeilalte părți, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor. Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea deplin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune – interese.
- 18.6.** În cazul constatării insolabilității Asigurătorului, Asiguratul/Beneficiarul asigurării se poate adresa Fondului de garantare conform Legii nr.213/2015.
- 18.7.** Pentru orice alte informații legate de Asigurarea de viață de grup, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul au posibilitatea de a se adresa direct reprezentantului de vânzări sau de a consulta site-ul oficial al Asigurătorului: www.groupama.ro.
- 18.8.** Notificările dintre Asigurător și Contractant/Asigurat/Beneficiar se probează cu recipisa poștală sau alt mijloc care atestă primirea mesajului.
- 18.9. Soluționarea petițiilor:**

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

Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:

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

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

Totodată, Asiguratul / Beneficiarul are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară.

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

CONDIȚII GENERALE ASIGURAREA DE VIAȚĂ DE GRUP NENOMINAL

1. DEFINIȚII

Următoarele definiții se aplică pentru prezentele condiții generale:

- 1.1. **Accident:** eveniment datorat unei cauze neprevăzute, externe, vizibile, violente, întâmplătoare și absolut independente de voința Asiguratului și care îi provoacă acestuia vătămare corporală sau riscul asigurat. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore se consideră un singur accident.
- 1.2. **Acoperire temporară:** producerea riscului asigurat între data semnării cererii de asigurare și intrarea în vigoare a poliței de asigurare, cu condiția încasării primei de asigurare la data semnării cererii de asigurare.
- 1.3. **Asigurare de bază:** contract reglementat prin condițiile generale pentru Asigurarea de viață de grup, la care pot fi atașate asigurări suplimentare.
- 1.4. **Asigurat:** persoana fizică, membru activ al grupului asigurat, a cărei viață, integritate corporală sau sănătate fac obiectul contractului de asigurare, cu vârsta de intrare acceptată de Asigurător.
- 1.5. **Asigurări suplimentare:** acoperiri opționale care pot fi atașate la asigurarea de bază la încheierea sau la reînnoirea contractului de asigurare.
- 1.6. **Asigurător:** Groupama Asigurări S.A., autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub Nr. RA -009/10.04.2003, Cod LEI 549300EO4TPESE4LEE73, care în schimbul primei de asigurare încasate, se obligă să plătească indemnizația de asigurare convenită, conform condițiilor contractuale.
- 1.7. **Beneficiar:** persoana fizică sau juridică desemnată pentru încasarea indemnizației de asigurare și menționată pe contractul de asigurare. În cazul nedesemnării de către Asigurat a Beneficiarilor, aceștia vor fi moștenitorii legali ai Asiguratului.
- 1.8. **Boală:** modificare patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de un medic specialist autorizat, conform criteriilor clinice, paraclinice.
- 1.9. **Cererea de asigurare:** formularul tipizat ce conține date despre Asigurător, este completat de Contractant cu structura grupului asigurat și informații necesare evaluării riscului asigurat și reprezintă manifestarea de voință și consimțământul Contractantului, respectiv al Asiguratului, în vederea încheierii contractului de asigurare. Cererea de asigurare face parte din contractul de asigurare.
- 1.10. **Contractant:** persoana juridică înregistrată în România, care justifică un interes asigurabil în constituirea grupului asigurat ce încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul, având responsabilitatea de a plăti prima de asigurare în numele și în interesul Asiguraților și îndeplinind prevederile legale referitoare la capacitatea de a încheia contracte.
- 1.11. **Contractul de asigurare:** actul juridic care se încheie între Contractant și Asigurător, în beneficiul Asiguratului, prin care Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare, iar Asigurătorul se obligă ca la producerea riscului asigurat să achite indemnizația de asigurare în termenii și limitele convenite în contract.
- 1.12. **Durata asigurării:** perioada delimitată de data intrării în vigoare și data de expirare a contractului de asigurare.
- 1.13. **Evaluarea riscului:** procesul prin care Asigurătorul determină dacă, și după caz, în ce condiții se vor acorda acoperirile prin asigurare și limitele acestora, Asiguratului.
- 1.14. **Grup asigurat:** toți angajații/membri activi ai organizației/grupului sau totalitatea persoanelor dintr-o anumită categorie profesională, al cărui număr minim este de 20 de persoane. Pe parcursul duratei de asigurare se acceptă o fluctuație a membrilor grupului asigurat de maxim 10%, iar fracțiunile se rotunjesc în favoarea asiguraților.
- 1.15. **Indemnizația de asigurare:** suma de bani plătită de către Asigurător în cazul producerii riscului asigurat.
- 1.16. **Interesul asigurabil:** cerință esențială pentru valabilitatea contractului de asigurare; reprezintă existența unei relații clare între Asigurat, pe de o parte, și Contractant respectiv Beneficiar, pe de altă parte. Această relație trebuie să justifice interesul legitim al Contractantului pentru plata primelor de asigurare, pentru nivelul sumelor asigurate alese, precum și protecția de natură financiară necesară Beneficiarului în cazul producerii riscului asigurat.
- 1.17. **Limita de despăgubire pe Asigurat:** suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește pentru o persoană din grup, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilită prin contractul 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.
- 1.18. **Limita de despăgubire pe an contractual:** suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește tuturor persoanelor asigurate din grup, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilită prin contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor asigurate, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru secțiunea respectivă. În cazul în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.
- 1.19. **Limita de despăgubire pe eveniment:** 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 secțiunea respectivă. În cazul în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.

- 1.20. Medic:** persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în limitele specialității licenței sale, în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
- 1.21. Membru activ al grupului asigurat:** persoană fizică având calitatea de angajat, asociat, colaborator, client sau membru al organizației, calitate activă în prestația asumată față de Contractant, încadrată pe baza unui contract bilateral încheiat cu Contractantul, contract încheiat cu cel puțin 30 de zile înainte de data intrării în asigurare.
- 1.22. Perioada de așteptare:** 60 (șaizeci) de zile calendaristice de la data de includere în grupul asigurat, perioadă în care se va acoperi riscul asigurat, numai în cazul unui accident. Pentru asigurările suplimentare, perioadele de așteptare sunt menționate în condițiile specifice.
- 1.23. Polița de asigurare:** document eliberat de Asigurător, pentru a confirma încheierea contractului de asigurare.
- 1.24. Prima de asigurare:** suma de bani plătită, conform condițiilor de asigurare, de către Contractant în schimbul asumării riscului de către Asigurător.
- 1.25. Reprezentant vânzări:** persoana fizică sau juridică (angajatul Asigurătorului sau intermediar de asigurări certificat conform legii), împuternicită de Asigurător să consilieze în vederea încheierii unei asigurări, să sprijine Contractantul în completarea cererii de asigurare, să intermedieze/încheie asigurări în numele Asigurătorului, în conformitate cu prevederile stipulate în contractul de bază prin care i-a fost acordată împuternicirea.
- 3.9.**
- 1.26. Reînnoirea contractului de asigurare:** modalitatea prin care contractul de asigurare poate continua după data de expirare.
- 1.27. Risc asigurat:** evenimentul a cărui producere declanșează obligația Asigurătorului privind plata indemnizației de asigurare. Evenimentul poate fi reprezentat de decesul din orice cauză. Riscul asigurat principal va fi același pentru întreg grupul asigurat și va fi menționat în polița de asigurare.
- 1.28. Sumă asigurată:** valoarea specificată în polița de asigurare și care stă la baza calculului indemnizației de asigurare.
- 1.29. Scadența:** data până la care Contractantul poate achita prima de asigurare, astfel încât Asiguratul să poată beneficia de protecția prin asigurare.
- 1.30. Vătămare corporală:** orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical și justificată prin documente medicale eliberate de medici specialiști, cauzată de un accident, cu condiția ca vătămarea să se producă în perioada de valabilitate a prezentului contract de asigurare.
- 1.31. Vârsta Asiguratului:** numărul de ani întregi împliniți la ultima aniversare a zilei de naștere, în raport cu evenimentul la care se face referire.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** Între data semnării cererii de asigurare și data intrării în vigoare a contractului, se va acoperi numai decesul din accident, așa cum este specificat în cererea de asigurare.
- 2.2.** În cazul decesului Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli, în funcție de acoperirea agreată prin contractul de asigurare, în perioada de valabilitate a acestuia, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform condițiilor generale de asigurare, care se completează cu condițiile contractuale specifice ale fiecărei asigurări suplimentare, dacă este cazul.
- 2.3.** Tipul de acoperire, respectiv riscurile asigurate suplimentar vor fi alese de către Contractant și menționate în polița de asigurare și vor sta la baza calculului indemnizației de asigurare.

3. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 3.1.** Solicitarea de încheiere a unui contract de asigurare se face în scris, prin completarea și semnarea cererii de asigurare.
- 3.2.** Contractul de asigurare se poate încheia pentru:
- riscuri asigurate produse în timpul îndeplinirii obligațiilor/sarcinilor de serviciu (inclusiv în timpul deplasărilor în interes de serviciu, în țară și în străinătate, precum și a deplasărilor de la domiciliu la locul de muncă și invers, fără abateri de la itinerariu în alte scopuri), sau
 - riscuri asigurate produse în timpul și în afara obligațiilor/sarcinilor de serviciu (24 de ore pe zi), pentru o primă suplimentară, dacă nu este prevăzut altfel prin polița de asigurare.
- 3.3.** Contractul de asigurare este constituit din următoarele documente: polița de asigurare, condiții generale și eventuale condiții speciale, cerere de asigurare și alte documente necesare încheierii contractului de asigurare și evaluării riscului.
- 3.4.** În procesul de evaluare a riscului, dacă se determină existența unui risc din punct de vedere ocupațional, financiar, rezidențial sau legat de sporturile practicate de Asigurat etc., care depășește riscul de asigurare standard, Asigurătorul își rezervă dreptul de a:
- accepta acoperirea riscurilor asigurate, în schimbul unei prime de asigurare majorate;
 - oferi asigurarea în alte condiții decât cele menționate în cererea de asigurare;
 - refuza acoperirea riscurilor asigurate, în acest caz prima de asigurare inițială va fi returnată fără a fi purtătoare de dobândă. Decizia ca urmare a procesului de evaluare va fi transmisă în scris, prin intermediul reprezentantului de vânzări sau la adresa de corespondență a Contractantului.
- 3.5.** Dacă, în perioada dintre data semnării cererii de asigurare și data intrării în vigoare a poliței de asigurare, se modifică ocupația Asiguratului sau alte informații furnizate pentru evaluarea riscului, Asigurătorul va fi înștiințat în maximum 2 zile lucrătoare.

- 3.6.** Orice documente, emise într-o limbă străină, care stau la baza încheierii contractului de asigurare, trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Contractant/Asigurat/Beneficiar.
- 3.7.** Polița de asigurare, precum și prezentele condiții generale de asigurare și condițiile speciale ale asigurărilor suplimentare aferente, vor fi înmânate direct, prin intermediul reprezentantului de vânzări sau vor fi transmise prin poștă la adresa de corespondență a Contractantului.
- 3.8.** Criterii de eligibilitate - un membru al grupului asigurat devine Asigurat în următoarele condiții:
- are vârsta acceptată de Asigurător pentru intrarea în asigurare, la emiterea/reînnoirea contractului de asigurare pentru membrul activ al grupului asigurat;
 - este activ la data de includere în grupul asigurat, nefiind împiedicat din motive medicale să-și îndeplinească responsabilitățile asumate în relația cu Contractantul. În cazul în care un membru al grupului asigurat a fost absent de la locul de muncă/nu și-a îndeplinit activitățile asumate în relația cu Contractantul din motive medicale, este eligibil pentru includerea în asigurare după ce a revenit la locul de muncă/locul îndeplinirii activităților asumate, dacă de la data revenirii acestuia și până la data includerii în asigurare s-au scurs cel puțin 20 de zile lucrătoare.
- 3.3.** Nu vor fi asigurate persoanele:
- care se încadrează în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale în vigoare privind protecția socială;
 - pentru care este necesară îngrijirea permanentă, adică ajutor străin pentru îndeplinirea treburilor zilnice, certificată prin documente oficiale;
 - afectate de epilepsie, delirium tremens, alte boli psihice;
 - afectate de alcoolism, toxicomanie;
 - care suferă de orice boală gravă și permanentă (de exemplu: cancer, scleroză multiplă sau în plăci, infecția cu H.I.V/ SIDA și complicații sau îmbolnăviri survenite ca urmare a contractării acestui virus etc.).

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 4.1.** Contractul de asigurare începe la ora 00:00 a zilei imediat următoare după data plății primei de asigurare inițiale, dar nu mai devreme de data specificată în polița de asigurare.
- 4.2.** Contractul de asigurare, respectiv asigurările suplimentare încetează în oricare dintre următoarele cazuri:
- la ora 24:00 a datei de expirare a asigurării specificată în polița de asigurare;
 - la data denunțării/rezilierii contractului de asigurare de către una dintre părți (Asigurător/Contractant), inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare. Denunțarea contractului de asigurare de către una din părți se poate efectua numai cu notificarea scrisă, prealabilă, a celeilalte părți, cu cel puțin 20 de zile înaintea denunțării. În cazul denunțării contractului de asigurare, primele de asigurare plătite în avans de către Contractant vor fi restituite pentru perioada de asigurare rămasă neacoperită, numai dacă nu s-au plătit sau nu se datorează indemnizații de asigurare pentru riscurile asigurate produse în perioada de valabilitate a asigurării. În caz de restituire a primei, orice fracțiune de lună începută se consideră lună întreagă, calculată de la data emiterii poliței. Restituirea de primă se face la solicitarea scrisă a Contractantului;
 - la data plății întregii indemnizații de asigurare, pentru acel Asigurat sau pentru mai mulți Asigurați conform limitelor de despăgubire, dacă acestea sunt menționate pe polița de asigurare sau a sumelor asigurate;
 - în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului și/sau Asiguratului și/sau Beneficiarilor se regăsesc în listele oficiale ale persoanelor fizice și ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia pe loc contractul de asigurare sau de a refuza plata indemnizației de asigurare;
 - în cazul renunțării Contractantului în primele 20 zile de la data emiterii poliței de către Asigurător. În acest caz, Asigurătorul va returna prima de asigurare plătită de către Contractant la semnarea cererii de asigurare. Prima de asigurare nu va fi purtătoare de dobândă;
 - la data ieșirii din grupul asigurat, numai pentru membrul care părăsește grupul;
 - la data decesului Asiguratului, numai pentru Asiguratul care a decedat.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este calculată la nivel de grup în funcție de indicatori precum suma asigurată sau mărimea grupului, ocupația, rezidența, sporturile practicate, fiind determinată pentru un an de asigurare, iar frecvența de plată a primelor poate fi anuală, semestrială, trimestrială sau lunară.
- 5.2.** Contractantul este răspunzător de plata primelor de asigurare, atât pentru asigurarea de bază, cât și pentru eventualele asigurări suplimentare atașate contractului de asigurare, conform modului de plată specificat în polița de asigurare. În cazul în care Contractantul nu achită prima în întregime, contractul de asigurare este considerat neplătit, iar prima insuficientă nu este purtătoare de dobândă.
- 5.3.** Contractantul va plăti prima de asigurare inițială la data completării și semnării cererii de asigurare, iar următoarele prime de asigurare, la datele scadente, conform modului de plată specificat în polița de asigurare.
- 5.4.** Primele de asigurare se plătesc în lei, iar dacă moneda contractului este alta decât lei, primele de asigurare se plătesc în valuta poliței sau în lei la cursul BNR valabil în ziua plății.
- 5.5.** Începând cu a 2-a scadență, Contractantul va plăti prima de asigurare direct în bancă sau prin virament bancar, data plății fiind cea înscrisă în documentul de plată. În documentul de plată trebuie menționat obligatoriu numărul poliței de asigurare, cuantumul primei de asigurare și denumirea Contractantului.

- 5.6.** În calitate de plătitor, Contractantul va solicita și păstra dovada plății primei de asigurare. Asigurătorul nu este responsabil de plățile efectuate de Contractant fără a avea dovada de plată.
- 5.7.** În cazul în care numărul de membri asigurați se modifică în cursul anului contractual, prin intrarea sau ieșirea din asigurare a unor Asigurați, prima de asigurare pentru grupul respectiv se va ajusta la următoarea aniversare lunară de la solicitare/plata primei pentru Asigurații intrați, corespunzător numărului de Asigurați care intră/ies din grup.

6. ÎNTÂRZIAREA PLĂȚII PRIMELOR DE ASIGURARE

- 6.1.** Obligațiile de plată ale Asigurătorului sunt strâns legate de plata primelor de asigurare de către Contractant, conform modului de plată specificat în polița de asigurare.
- 6.2.** Contractantul asigurării beneficiază de un termen de grație de 30 de zile pentru plata primelor de asigurare datorate, timp în care riscurile asigurate sunt acoperite de Asigurător. În cazul în care se produce riscul asigurat, dar Contractantul nu achită primele de asigurare restante pentru întreg grupul asigurat, Asigurătorul este exonerat de plata indemnizației de asigurare.
- 6.3.** În cazul în care nu este plătită prima de asigurare datorată în perioada de grație, acoperirea riscurilor asigurate încetează începând cu data primei scadențe neachitate, iar contractul de asigurare, poate fi:
- repus în vigoare, conform art. 7.1.;
 - reziliat, fără vreo obligație de plată din partea Asigurătorului, conform art. 4.2. – punctul **b**.

7. REPUNEREA ÎN VIGOARE A CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 7.1.** Contractul de asigurare se poate repune în vigoare în maximum 90 de zile de la prima scadență neachitată a primelor de asigurare. Pentru repunerea în vigoare, se trimit documentele necesare, iar Contractantul asigurării plătește toate primele datorate. În acest caz, Contractantul va transmite Asigurătorului dovada plății ratelor de primă restante, iar contractul de asigurare va fi repus în vigoare începând cu ora 00:00 a zilei următoare efectuării plății primelor de asigurare datorate și a acceptării de către Asigurător.
- 7.2.** Începând cu a 91-a zi de la prima scadență neplătită, contractul de asigurare se va rezilia. În cazul în care Contractantul solicită în continuare acoperire prin asigurare, se va emite un nou contract de asigurare, urmându-se toți pașii necesari pentru aceasta.

8. REÎNNOIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 8.1.** La expirarea anului de asigurare în vigoare, Asigurătorul poate oferi continuarea acoperirii aceluiași riscuri, sume asigurate egale sau mai mici, prin reînnoirea contractului de asigurare pentru un nou an de asigurare.
- 8.2.** Reînnoirea se aplică numai pentru contractul de asigurare încheiat pe o perioadă de 1 (un) an, dacă acesta a ajuns la expirare. Prolungirea cu acordul părților a valabilității contractului de asigurare de grup pentru o perioadă de 1 (un) an, dacă acesta a ajuns la expirare, va intra în vigoare numai după emiterea de către Asigurător a poliței care o confirmă.
- 8.3.** La fiecare dată de reînnoire a contractului, Asigurătorul va informa Contractantul în legătură cu prima de asigurare valabilă pentru următorul an de asigurare cu cel mult 45 de zile înainte de data reînnoirii.
- 8.4.** Continuarea acoperirii va fi posibilă în aceleași condiții ca și în anul anterior, eventualele modificări vor fi evaluate conform **art. 3.4.** din condițiile generale de asigurare privind Asigurarea de viață de grup. Fiecare reînnoire va fi posibilă dacă se vor îndeplini toate criteriile de eligibilitate, aferente fiecărei asigurări, valabile la acea dată.
- 8.5.** În vederea reînnoirii contractului de asigurare, Contractantul trebuie să achite prima de asigurare înainte de data de expirare a contractului care se reînnoiește.
- 8.6.** În vederea reînnoirii contractului de asigurare, Contractantul trebuie să transmită Asigurătorului cu 30 de zile înainte de data de expirare a anului de asigurare, următoarele documente:
- cerere de reînnoire (formular tipizat) completată în întregime, semnată, ștampilată și datată;
 - dovada achitării noii prime de asigurare comunicată de Asigurător;
 - alte documente solicitate de Asigurător în vederea reînnoirii.
- Cererea de reînnoire va fi evaluată de Asigurător, răspunsul urmând a fi comunicat Contractantului. Contractul de asigurare va fi reînnoit cu data aniversării poliței anuale cu condiția efectuării plății noilor prime și a acceptării de către Asigurător.
- 8.7.** Noua poliță de asigurare emisă ca urmare a reînnoirii va fi înmănată prin intermediul reprezentantului de vânzări sau va fi transmisă direct Contractantului prin poștă, la adresa de corespondență.
- 8.8.** Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu accepta reînnoirea contractului de asigurare.
- 8.9.** Perioadele de așteptare se aplică de la data inițială de intrare în grupul asigurat, nefiind aplicată la fiecare reînnoire, cu condiția continuității în asigurare.

9. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 9.1.** Solicitarea de modificare a contractului de asigurare se poate efectua în perioada de valabilitate a acestuia, prin transmiterea de către Contractant a cererii de modificare (formular tipizat), astfel:
- 9.1.1.** Cu cel puțin 30 de zile înainte de reînnoire/expirare, dacă modificarea constă în:

- a. ajustarea primei de asigurare ca urmare a modificării sumelor asigurate, conform articolului 8.1.;
- b. adăugarea unor asigurări suplimentare;
- c. renunțarea la unele asigurări suplimentare;
- d. modificarea dimensiunii grupului asigurat, respectiv a numărului de persoane asigurate dacă se depășește nivelul fluctuației de 10% față de emiterea poliței sau de la ultima reînnoire;
- e. schimbarea frecvenței de plată a primelor;

În cazul modificărilor de la literele a., b., d. sau e. de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a relua procesul de evaluare.

În cazul în care au fost realizate ajustări de primă, diferența va fi plătită de către Contractant Asigurătorului sau de către Asigurător Contractantului, la solicitarea scrisă a Contractantului și va fi calculată ținând cont de aniversarea lunară a poliței de asigurare.

9.1.2. În orice moment, dacă modificarea constă în:

- a. schimbarea numelui Contractantului/Asiguratului, în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești;
- b. schimbarea adresei de corespondență a Contractantului;
- c. ajustarea primei de asigurare la aniversarea lunară a poliței, ca urmare a modificărilor din structura grupului asigurat privind strict Asigurații. (Nu se acceptă regularizări cu 45 zile înainte de reînnoire.)

Decizia Asigurătorului privind solicitarea de modificare va fi transmisă direct prin intermediul reprezentantului de vânzări sau prin poștă, la adresa de corespondență.

- 9.2.** Asigurătorul are dreptul de a verifica existența interesului asigurabil înainte de a opera modificarea, iar în cazul în care acesta nu poate fi probat, își rezervă dreptul de a nu accepta modificarea.
- 9.3.** Modificarea contractului de asigurare este posibilă după depunerea cererii de modificare (formular tipizat) și plata primei de asigurare aferentă modificărilor. Modificarea este valabilă după ce a fost acceptată de Asigurător, iar în acest sens Asigurătorul va emite documentul justificativ.

10. RESPONSABILITĂȚILE CONTRACTANTULUI/ASIGURATULUI ȘI ALE BENEFICIARULUI

- 10.1.** Contractantul și/sau Asiguratul trebuie să ofere declarații exacte și complete, deoarece, pe baza acestora Asigurătorul va prelua acoperirea riscurilor asigurate sau va plăti despăgubirea. Prin urmare, este necesară înștiințarea în scris despre toate condițiile importante din punct de vedere al evaluării riscului asigurat, astfel:
 - a. la completarea Cererii de asigurare, prin declararea adevărului și a informațiilor exacte și complete;
 - b. pe toată durata de valabilitate a contractului de asigurare, prin înștiințarea în scris cu privire la orice schimbare intervenită în ocupația, numele, domiciliul (rezidența) în termen de 7 zile de la producerea schimbării.
În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul de a relua procesul de evaluare a riscurilor asigurate. În acest sens, Asigurătorul va transmite în scris decizia prin intermediul reprezentantului de vânzări sau la adresa de corespondență a Contractantului.
- 10.2.** Contractantul se obligă să comunice tuturor membrilor grupului asigurat, prevederile contractului de asigurare de grup și prevederile condițiilor contractuale generale și ale condițiilor contractuale specifice aferente fiecărei asigurări și ale oricăror alte prevederi agreeate între părți pe toată durata contractului de asigurare de grup.
- 10.3.** În cazul unui accident sau unei îmbolnăviri, Asiguratul are obligația, dacă starea sănătății îi permite, să se prezinte la o unitate sanitară sau la un medic pentru a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris, de a solicita și de a accepta imediat să fie supus unui tratament medical calificat în vederea restabilirii stării sale de sănătate. Asiguratul va solicita medicilor săi curanți și va comunica Asigurătorului toate informațiile privind starea sa de sănătate. Dacă Asiguratul nu respectă tratamentul recomandat pentru restabilirea stării sale de sănătate, Asigurătorul va avea dreptul de a refuza acoperirea riscului asigurat și plata indemnizației de asigurare.
- 10.4.** Contractantul are obligația de a informa Asigurătorul dacă intrările/ieșirile în/din asigurare ale membrilor asigurați au determinat mărirea/micșorarea grupului asigurat cu mai mult de 10%, în funcție de care se va recalcula prima de asigurare la scadență. În cazul în care, la data producerii evenimentului asigurat, Contractantul nu a anunțat creșterea grupului asigurat cu mai mult de 10%, Asigurătorul nu va acorda indemnizația de asigurare.
- 10.5.** În termen de 6 (șase) luni de la deschiderea dosarului de daună, Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul are obligația să pună la dispoziția Asigurătorului toate documentele necesare soluționării dosarului.
În cazul în care Asiguratul/Beneficiarul nu își îndeplinește obligațiile prevăzute în condițiile de asigurare, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut soluționa dosarul de daună.

11. MODALITATEA DE PLATĂ A INDEMNIZAȚIILOR

- 11.1.** Asigurătorul va fi înștiințat (avizat) în scris, cât mai curând posibil, despre orice eveniment prevăzut în contractul de asigurare, dar nu mai târziu de 30 de zile de la producerea acestuia. În caz contrar, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului asigurat. Înștiințarea (avizarea de daună) constă în notificarea scrisă (formular tipizat sub denumirea „Formular de avizare eveniment asigurat”), pus la dispoziție de către Asigurător la cererea Beneficiarului și completat de acesta în cazul producerii riscului asigurat.
- 11.2.** Dacă decesul Asiguratului survine în termenul prevăzut de contractul de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare moștenitorilor Asiguratului conform legislației în vigoare.
- 11.3.** În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, Beneficiarul/Asiguratul/Contractantul are obligația să transmită următoarele documente:

- a. avizare daună (formular tipizat), completată în întregime, semnată, ștampilată și datată (în original);
 - b. certificat de deces sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului (copie);
 - c. certificat medical constatator al decesului (copie);
 - d. documente medicale (copie) care să cuprindă diagnosticul și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu decesul (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.);
 - e. proces verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului (copie): declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adeverințe/rapoarte medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
 - f. acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține indemnizația de asigurare: act de identitate/pașaport (copie);
 - g. adeverință de la angajator, din care să reiasă că Asiguratul este eligibil pentru a încasa indemnizația de asigurare, inclusiv lista angajaților/colaboratorilor, din care să reiasă numărul total de angajați/colaboratori, respectiv confirmarea calității de Asigurat, membru al grupului asigurat;
 - h. adeverință/fișă medicală (copie);
 - i. alte documente solicitate de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al indemnizației de asigurare.
- 11.4.** Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Beneficiar/Contractant/Asigurat.
- 11.5.** Dacă vor exista neclarități în ceea ce privește dreptul de a încasa indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea clarificărilor necesare.
- 11.6.** Asigurătorul nu are dreptul de a elibera copii ale documentelor emise de alte instituții (medic de familie, spital, IML, poliție, parchet etc.).
- 11.7.** Prin încheierea contractului de asigurare, Asigurătorul este autorizat de Asigurat să acționeze în numele său și pentru sine pentru îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată determina cu exactitate împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat.
De asemenea, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarii vor pune la dispoziția Asigurătorului informații medicale pe care le dețin legat de istoricul medical al Asiguratului.
- 11.8.** Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare astfel:
- în lei. Dacă moneda plății este alta decât lei, plata se va efectua la cursul BNR din ziua plății;
 - în maxim 30 de zile de la data depunerii documentației complete, inclusiv a formularului de plată a indemnizației (formular tipizat) transmis de Asigurător, în contul bancar al Beneficiarului, deschis la o bancă de pe teritoriul României.
- 11.9.** Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizației de asigurare nu reprezintă o garanție că Asigurătorul recunoaște obligația de plată a indemnizației.
- 11.10.** În cazul în care Contractantul a optat pentru una sau mai multe asigurări suplimentare, Asigurătorul va acorda indemnizațiile de asigurare aferente acestora, independent de indemnizația de asigurare acordată pentru asigurarea de bază.
- 11.11.** În cazul în care indemnizația maximă a fost acordată pentru mai mulți membri ai grupului asigurat, astfel că numărul membrilor grupului este mai mic decât cel minim acceptat de Asigurător, contractul va continua până la expirare pentru membrii rămași în grupul asigurat, iar reînnoirea contractului se va efectua cu respectarea criteriilor de eligibilitate privind constituirea grupului asigurat.
- 11.12.** Asigurarea de bază și cele suplimentare nu au participare la profit și/sau valoare de răscumpărare.

12. EXCLUDERI

Riscul asigurat nu este acoperit de contractul de asigurare dacă:

- 12.1.** Are loc în afara perioadei de asigurare sau este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:
- a. război declarat sau nu, război civil, operațiuni de război, ostilități militare, invazie, răscoale, tulburări sociale, revoluție, rebeliune, grevă, insurecție, conspirație, acte de terorism sau sabotaj;
 - b. explozii atomice, radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară sau infestări radioactive urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
 - c. catastrofă ecologică;
 - d. epidemie națională sau pandemie confirmată de autoritățile competente;
 - e. acțiunea directă a Asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge și/sau 0,4 la mie în aer;
 - f. actul intenționat al Beneficiarului, pentru care acesta a fost condamnat definitiv;
 - g. comiterea sau încercarea de a comite, cu intenție de către Asigurat, ca autor sau complice, a unor acțiuni violente sau criminale, imprudențe sau neglijențe grave, prevăzute de legea penală în vigoare;
 - h. abuz de medicamente, droguri, alcool, introducerea intenționată a unor substanțe nocive în organism sau administrarea inadecvată a unor substanțe folosite în terapeutică;
 - i. suicidul Asiguratului în primii doi ani de la data de includere în grupul asigurat, în cazul reînnoirii contractului, cu condiția continuității în asigurare;
- 12.2.** Acoperirea următoarelor activități nu a fost acceptată prin condiții speciale, iar la data producerii riscului asigurat, Asiguratul:
- a. este înrolat în serviciul militar;
 - b. practică sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatică sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria, schi-ul, mersul cu motocicletă în afara

drumurilor publice, mersul cu bicicleta pe teren accidentat (pe munte, pe dealuri); (enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă).

- c. zboară în calitate de pasager, 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 (zborurile charter organizate de societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane sunt acoperite de prezenta asigurare).

13. CORESPONDENȚA OFICIALĂ

- 13.1. Documentele ce au fost trimise Asiguratorului, în vederea încheierii contractului de asigurare sau ulterior intrării lui în vigoare, au valoare juridică numai dacă au fost prezentate în formă scrisă și au fost înregistrate de Asigurator. Toate solicitările Contractantului/Asiguratului sunt valabile începând cu data la care sunt înregistrate și acceptate de Asigurator. Formularele tipizate trebuie completate în totalitate și semnate de reprezentantul legal sau împuternicitul Contractantului, având aplicată ștampila firmei.
- 13.2. Adresa de corespondență a Contractantului și Asiguratului trebuie să fie pe teritoriul României.
- 13.3. În cazul în care Contractantul își va schimba adresa de corespondență fără a înștiința în scris Asiguratorul, toată corespondența va fi transmisă la ultima adresă comunicată de acesta.

14. CHELTUIELI, DOBÂNZI ȘI TAXE

Taxele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de Contractant. Taxele care se referă la plata indemnizațiilor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de beneficiarii plăților. Taxele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, poliție, parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurator în vederea încheierii/modificării contractului de asigurare sau a plății indemnizației de asigurare vor fi suportate de Contractant/Beneficiar/Asigurat.

15. DECLARAȚII FALSE

- 15.1. În cazul în care Contractantul sau Asiguratul furnizează declarații inexacte, informații incomplete în cererea de asigurare sau în momentul avizării unui eveniment asigurat ori dacă nu înștiințează Asiguratorul cu privire la schimbările intervenite în termenul specificat, conform art. 10.1., Asiguratorul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare.
- 15.2. În cazul în care Contractantul sau Asiguratul furnizează declarații inexacte sau de reticență făcute cu rea credință, contractul de asigurare va deveni nul, iar Asiguratorul își rezervă dreptul de a reține primele de asigurare cuvenite până la momentul la care a luat cunoștință de aceste declarații.

16. INSTANȚA COMPETENTĂ

- 16.1. Contractul de asigurare este guvernat de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și de prevederile specifice cuprinse în prezentele condiții generale de asigurare.
- 16.2. Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul au posibilitatea de a comunica în scris Asiguratorului toate nemulțumirile, conflictele și neînțelegerile cu privire la contractul de asigurare. Ambele părți se obligă să rezolve pe cale amiabilă toate conflictele care pot să apară din sau în legătură cu contractul de asigurare. Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul se pot adresa direct sediului central pentru transmiterea oricăror reclamații sau pentru solicitarea de informații.
- 16.3. Contractantul/Asiguratul/Beneficiarii nemulțumiți de soluționarea cererilor privind contractul de asigurare de grup se pot adresa Autorității de Supraveghere Financiară, autoritatea administrativă responsabilă de punerea în aplicare a legislației în domeniul asigurărilor precum și de supravegherea și controlul respectării dispozițiilor legale în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare.

16.4. Soluționare alternativă a litigiilor:

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

Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, ASIGURATUL / CONTRACTANTUL / BENEFICIARUL trebuie să se adreseze către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>.

Aceste demersuri nu îngădesc dreptul ASIGURATULUI / CONTRACTANTULUI / BENEFICIARULUI de a formula reclamații la adresa ASIGURĂTORULUI și de a se adresa instanțelor de judecată competente.

17. TERITORIALITATE

Prezența asigurare acoperă riscurile asigurate produse atât în România cât și în străinătate, pentru cetățeni români, cu domiciliul sau rezidența în România. Indemnizația de asigurare se va plăti numai în România.

18. PREVEDERI FINALE

18.1. Există posibilitatea ca Asigurătorul să includă în contractul de asigurare, cu acordul părților, unele prevederi diferite față de cele menționate în prezentele condiții de asigurare, dacă este necesar pentru scopul și natura asigurării. Eventualele diferențe nu vor fi în conflict cu stipulațiile obligatorii ale legislației române.

18.2. În general, Groupama Asigurări S.A. prelucrează datele cu caracter personal furnizate direct de Dumneavoastră cu ocazia solicitării unei oferte de asigurare sau în vederea încheierii unui contract de asigurare. În același timp, în cadrul unor produse de asigurare contractate de alte persoane, Groupama Asigurări S.A. poate prelucra datele Dumneavoastră cu caracter personal (date de identificare, de contact, vârsta, etc.) furnizate de Contractantul asigurării în cazul în care sunteți desemnat Asigurat sau Beneficiar al asigurării.

Prelucrarea datelor Dumneavoastră cu caracter personal este necesară pentru încheierea contractului de asigurare, în caz de refuz Groupama Asigurări neputând să încheie sau să execute contractul vizat.

Datele Dumneavoastră cu caracter personal sunt prelucrate în baza următoarelor temeuri juridice:

- în vederea încheierii și derulării contractului de asigurare, în special pentru a) evaluarea riscurilor și calculul primelor de asigurare, inclusiv prin crearea de profiluri, b) administrarea contractului, c) administrarea daunelor, d) comunicarea cu Dumneavoastră pe parcursul executării contractului și în caz de daună;
- în vederea îndeplinirii obligațiilor legale sau a cerințelor reglementare aplicabile Groupama Asigurări S.A., cum ar fi a) îndeplinirea obligațiilor de prevenire și combatere a spălării banilor și a finanțării actelor de terorism sau de aplicare a sancțiunilor internaționale, b) soluționarea petițiilor, c) obligații de raportare, d) evidența documentelor operaționale și financiar-contabile;
- în vederea realizării unor interese legitime ale Groupama Asigurări S.A., în special pentru a) prevenirea fraudelor și a plăților nejustificate în cadrul dosarelor de daună; b) reasigurare, c) investigarea nivelului de adecvare a produsului la piața țintă stabilită; d) analize statistice/ actuariale; e) studii de cercetare; f) recuperarea creanțelor.

În situațiile de prelucrare automată, Groupama Asigurări S.A. garantează dreptul Dumneavoastră de a obține intervenție umană din partea Groupama Asigurări S.A., de a vă exprima punctul de vedere și de a contesta decizia prin adresarea unei solicitări în acest sens pe adresa dpo@groupama.ro.

Datele cu caracter personal privind sănătatea (cum ar fi: date privind starea de sănătate fizică și psihică sau afecțiunile medicale declarate în chestionarele medicale și/sau care rezultă din analizele medicale efectuate la încheierea unui contract de asigurare, datele medicale colectate de la furnizorii de servicii medicale pentru decontarea serviciilor accesate de către asigurat, datele medicale colectate în procesul de despăgubire în cazul unui eveniment asigurat) sunt prelucrate, conform condițiilor de asigurare aplicabile, pentru: evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare, accesarea serviciilor medicale asigurate și decontarea acestora și determinarea cuantumului despăgubirii convenite. Temeiul legal al prelucrării acestor date îl reprezintă consimțământul dumneavoastră.

Groupama Asigurări S.A. poate transmite datele Dumneavoastră cu caracter personal în vederea îndeplinirii obligațiilor sale legale sau decurgând din executarea contractului de asigurare către următorii destinatari /categorii de destinatari: Autoritatea de Supraveghere Financiară, Oficiul Național de Prevenire și Combatere a Spălării Banilor, autoritatea judecătorească, organe de urmărire sau cercetare penală, institute naționale / servicii teritoriale de expertiză, alte autorități publice centrale sau locale, alți Asigurători sau Reasigurători, Intermediari în asigurări / reasigurări, alte entități din grupul Groupama, consultanți sau prestatori de servicii, alte persoane sau instituții publice sau private, în cazul în care furnizarea datelor cu caracter personal este necesară pentru a da curs unei solicitări care are la bază un temei legal ori pentru îndeplinirea obiectului de activitate sau pentru respectarea obligațiilor decurgând din contractul de asigurare.

Transferul datelor personale către țări terțe

În cadrul executării contractului de asigurare încheiat cu Dumneavoastră., Groupama Asigurări S.A. ar putea fi pusă în situația de a transfera datele Dumneavoastră personale către țări terțe (din afara Spațiului Economic European). În acest caz, Groupama Asigurări S.A. se va asigura fie că transferul se face către o țară care asigură un nivel adecvat de protecție, fie va lua garanții suplimentare adecvate de protecție a datelor Dumneavoastră personale, cum ar fi implementarea de clauze contractuale standard aprobate la nivel european sau reguli corporatiste obligatorii.

Pentru a obține mai multe informații despre garanțiile aplicabile în caz de transfer către o țară terță sau pentru a obține o copie a acestora, puteți transmite o cerere la sediul Groupama Asigurări S.A. din București.

Durata stocării datelor cu caracter personal

Datele Dumneavoastră cu caracter personal sunt stocate pe perioada necesară pentru a respecta diversele obligații legale sau reglementare. În cazul contractelor de asigurare, dosarele client sunt păstrate de regulă 10 ani de la expirarea poliței sau de la ultima operațiune pe dosarul respectiv (oricare dintre acestea intervine mai târziu), iar în cazul ofertelor neurmte de încheierea unui contract de asigurare datele sunt păstrate de regulă maxim 2 luni. La expirarea termenului de păstrare, datele vor fi șterse.

Drepturile Dumneavoastră în calitate de persoană vizată

În calitate de persoană vizată, aveți următoarele drepturi:

- de acces – puteți obține informații în legătură cu prelucrarea datelor Dumneavoastră cu caracter personal, precum și o copie a acestora;
- la rectificare – puteți solicita completarea sau actualizarea datelor Dumneavoastră cu caracter personal în cazul în care

sunt incomplete sau inexacte;

- de a fi uitat – în anumite situații, puteți solicita ștergerea datelor Dumneavoastră cu caracter personal;
- la restricționarea prelucrării – în anumite situații, puteți solicita prelucrarea condiționată a datelor cu caracter personal până la soluționarea anumitor operațiuni referitoare la datele dvs.;
- la opoziție – în situația prelucrării întemeiate pe realizarea unor interese legitime, vă puteți opune motivat unei astfel de prelucrări;
- la portabilitatea datelor – puteți solicita transmiterea datelor cu caracter personal furnizate de Dumneavoastră și prelucrate prin mijloace automate într-un format structurat, care poate fi citit automat.

Fiecare drept dintre cele de mai sus se poate exercita prin trimiterea unei cereri scrise, semnate și datate, la sediul Groupama Asigurări S.A. din București.

În situația în care considerați că drepturile Dumneavoastră nu sunt respectate, vă puteți adresa responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal la adresa de mai sus sau puteți depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal (ANSPDCP).

Datele de identificare și de contact ale Operatorului

Groupama Asigurări S.A., cu sediul social în București, strada Mihai Eminescu, nr. 45, sector 1, CUI 6291812, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/2857/2010, e-mail: office@groupama.ro, tel: 021/305 80 00, fax: 021/310 99 67.

Responsabilul cu protecția datelor poate fi contactat la adresa de e-mail: dpo@groupama.ro.

18.3. Asigurătorul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o sancțiune, o interdicție sau o restricție prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite, și/sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.

18.4. Toate informațiile obținute de Asigurător din documentele care fac parte din contractul de asigurare se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.

18.5. Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Forța majoră este constatată de o autoritate competentă.

Îndeplinirea contractului va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia. Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica imediat și în mod complet, celeilalte părți, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor. Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea deplin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune – interese.

18.6. În cazul constatării insolvabilității Asigurătorului, Asiguratul/Beneficiarul asigurării se poate adresa Fondului de garantare conform Legii nr.213/2015.

18.7. Pentru orice alte informații legate de Asigurarea de viață de grup, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul au posibilitatea de a se adresa direct reprezentantului de vânzări sau de a consulta site-ul oficial al Asigurătorului: www.groupama.ro.

18.8. Notificările dintre Asigurător și Contractant/Asigurat/Beneficiar se probează cu recipisa poștală sau alt mijloc care atestă primirea mesajului.

18.9. Soluționarea petițiilor:

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

Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:

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

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

Totodată, Asiguratul / Beneficiarul are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară.

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

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE DECES CA URMARE A UNUI ACCIDENT

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la Asigurarea suplimentară de deces ca urmare a unui accident și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup. Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de grup sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

1.1. Intoxicație acută: stare patologică acută determinată de acțiunea unei substanțe toxice ce a pătruns în organism și de reacția organismului la prezența toxicului. Prin substanță "toxică" se înțelege orice substanță care pătrunsă în organism pe diverse căi, provoacă tulburări funcționale și/sau alterări structurale, având ca rezultat o stare patologică acută.

2. RISCURI ASIGURATE

Riscul asigurat prin această asigurare suplimentară este decesul survenit din accident într-o perioadă de maxim 1 an de la data unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării.

Astfel de accidente pot fi:

- a. accidentele în care este implicat orice mijloc de transport pe uscat, apă sau în aer;
- b. insolajii, degerări, colaps prin căldură sau frig de la care Asiguratul nu s-a putut sustrage din cauza accidentului pe care l-a suferit;
- c. intoxicație acută involuntară și/sau asfixiere;
- d. înec;
- e. explozii, prăbușiri de teren, acțiunea fulgerului, acțiunea curentului electric;
- f. lovire, cădere, înțepare, tăiere, arsură;
- g. urmările imediate ale unei boli infecțioase acute post-traumatică sau de turbare;
- h. urmările imediate ale efortului fizic excesiv și subit determinat de cauze de forță majoră pentru salvarea vieții;
- i. accidentele provocate de funcționarea utilajelor, aparatelor, uneltelor;
- j. accidentele rezultate ca urmare a utilizării armelor de foc, conform legislației în vigoare privind regimul armelor și munițiilor.

Enumerarea de mai sus este ilustrativă și nu exhaustivă pentru Asigurat și persoanele dependente.

În cazul decesului Asiguratului, ca urmare directă a unui accident, Asigurătorul va plăti Beneficiarului sau în cazul în care acesta nu a fost desemnat, moștenitorilor conform legislației în vigoare, suma asigurată pentru deces.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2. Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, rezidența, sporturile practicate și suma asigurată.
- 5.2. Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 5.3. Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare Contractantul/Beneficiarul, este obligat să prezinte

documentele menționate în condițiile pentru asigurarea de bază.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale ale asigurării de bază.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ CA URMARE A UNUI ACCIDENT

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la Asigurarea suplimentară pentru invaliditate permanentă parțială sau totală ca urmare a unui accident și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Invaliditate permanentă parțială:** reducerea potențialului fizic și psiho-senzorial al Asiguratului datorată unui accident, nesusceptibilă de ameliorări, certificată de un medic agreeat de Asigurător, evaluată conform baremului de indemnizare procentual al Asigurătorului.
- 1.2. Invaliditate permanentă totală:** se referă la pierderea anatomică totală, permanentă sau la pierderea capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme de organe, cauzată în mod direct de un accident, în urma căruia Asiguratul devine incapabil să desfășoare o activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit, conform educației, pregătirii și experienței prin încadrare în gradul I sau II de invaliditate conform legislației din România.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** În cazul invalidității permanente parțiale a Asiguratului ca urmare a unui accident, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform baremului său procentual de indemnizare.
- 2.2.** În cazul invalidității permanente totale a Asiguratului ca urmare a unui accident, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform prezentelor condiții de asigurare. Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de invaliditate permanentă totală, sunt următoarele:
 - a.** pierderea completă a vederii ambilor ochi;
 - b.** pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini;
 - c.** pierderea ambelor tibii;
 - d.** pierderea unui antebraț și a unui picior;
 - e.** afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;
 - f.** paralizia totală și permanentă;
 - g.** orice altă situație de dobândire a invalidității permanente totale încadrată în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale privind protecția socială în vigoare, din România.Enumerarea de mai sus este ilustrativă și nu exhaustivă.
- 2.3.** Prin această asigurare, Asigurătorul acoperă invaliditatea permanentă parțială sau totală, survenită în maximum 1 an de la data producerii accidentului.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta Asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1.** Pentru acest tip de asigurare indemnizația va fi plătită Asiguratului.
- 6.2.** În cazul invalidității permanente parțiale sau totale ca urmare a unui accident, pe lângă documentele prevăzute la asigurarea de bază se mai solicită documente medicale necesare evaluării gradului de invaliditate, raport medical în care să se precizeze cauza și încadrarea invalidității permanente parțiale sau totale.
- 6.3.** În cazul invalidității permanente parțiale ca urmare a unui accident, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în funcție de invaliditatea permanentă dobândită, până la 100% din suma asigurată, conform procentajelor stabilite prin baremul procentual de indemnizare.
- 6.4.** În cazul invalidității permanente totale ca urmare a unui accident, Asigurătorul va plăti suma asigurată specificată acestei asigurări suplimentare, menționată în polița de asigurare.
- 6.5.** În cazul în care survine invaliditatea permanentă totală a Asiguratului după ce Asigurătorul a achitat indemnizația aferentă unei invalidități permanente parțiale, Asigurătorul va plăti diferența dintre suma asigurată specifică acestei asigurări și indemnizația deja plătită.
- 6.6.** Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului o înștiințare scrisă împreună cu documentele care dovedesc invaliditatea permanentă parțială sau totală, în maximum 1 an de la data accidentului.
- 6.7.** Procentul de indemnizare în cazul invalidității permanente parțiale se determină numai după terminarea tratamentului, dar nu mai devreme de trecerea unei perioade de 3 luni de la data producerii accidentului, și nu mai târziu de 1 an de la acea dată. În cazul în care invaliditatea permanentă este incontestabilă din punct de vedere medical, stabilirea procentului de indemnizare se poate face și înainte de expirarea perioadei recuperatorii de 3 luni.
- 6.8.** În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului următoarele documente:
 - a.** decizia de încadrare în grad de invaliditate I sau II și a deciziei/deciziilor de revizuire, dacă există, emisă de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grad de invaliditate (copie);
 - b.** documente medicale care să cuprindă diagnosticul, circumstanțele și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu evenimentul ce a condus la stabilirea invalidității (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.), precum și situația medicală la încheierea perioadei de recuperare recomandată de către medic;
- 6.9.** În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, acesta va trimite prin poștă o adresă prin care să solicite documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 6.10.** Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenită, aferentă acestei asigurări, aceasta va fi plătită Beneficiarului în caz de deces al Asiguratului sau moștenitorilor legali ai Asiguratului, dacă nu există Beneficiari desemnați.
- 6.11.** Pierderea absolută și iremediabilă a funcției unui organ, membru sau a unui sistem de organe este considerată ca pierdere anatomică a acestuia. În cazuri de diminuare a capacității de folosință, procentele stabilite prin baremul procentual de indemnizare se reduc în raport cu funcționalitatea pierdută.
- 6.12.** În cazul pierderii prin amputare a unei părți a unui membru sau falangă, gradul de invaliditate se stabilește ca parte din procentul de indemnizare specificat în cazul pierderii în întregime al acestuia, în raport cu partea pierdută.
- 6.13.** Dacă Asiguratul este stângaci, atunci procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare, pentru diverse infirmități ale mâinii drepte sau stângi, se inversează.
- 6.14.** În caz de pierdere anatomică sau de reducere a funcției unui organ sau a unui membru cu deficit pre-existent riscului asigurat acceptat de Asigurător, procentele indicate se vor micșora ținând seama de gradul de invaliditate calculat pentru deficitul pre-existent.
- 6.15.** În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre, în același accident, invaliditatea permanentă parțială se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare dintre pierderile respective până la limita maximă a 100 de procente.

7. EXCLUDERI

Pentru această asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale ale asigurării de bază, precum și dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de tentativa de sinucidere sau de autorănire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

8. BAREM PROCENTUAL DE INDEMNIZARE

8.1. Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de invaliditate permanentă parțială din accident, sunt următoarele:

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ	Procente de indemnizare	
	dreapta	stânga
Pierdere completă a vederii la un ochi	50%	
Pierdere totală a facultății vizuale a unui ochi	50%	
Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%	
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%	
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%	
Cecitate sau enucleere unilaterală	50%	
Pierdere de substanță osoasă a cutiei craniene:		
- Pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10%	
- Pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20%	
- Pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50%	
Pierdere totală a unui plămân	50%	
Pierdere totală a unui rinichi	30%	
Pierdere totală a splinei	10%	
Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare	40%	
Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice	20%	
A membrelor superioare	dreapta	stânga
Pierdere completă a antebrațului sau mâinii	60%	50%
Pierdere totală a membrului superior (mâinii)	70%	60%
Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului	25%	20%
Pierdere totală a palmei sau antebrațului	60%	50%
Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii	20%	15%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic)	15%	12%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a degetului arătător	15%	10%
Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic	10%	8%
A membrelor inferioare		
Pierdere completă a piciorului	50%	
Pierdere totală a unui picior (laba piciorului)	40%	
Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele	30%	
Pierdere totală a oricărui deget de la picior	3%	
Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi	50%	
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului	60%	
Pierdere totală a degetului mare de la picior	5%	
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare	3%	
Fractura nesudată a tibiei sau peroneului	25%	
Fractura nesudată a rotulei	20%	
Fractura nesudată a oaselor tarsului	15%	
Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau genunchiului	20%	
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri	15%	

8.2. Orice pierdere anatomică sau funcțională care nu este menționată în acest barem, se va încadra prin asimilare.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ SAU TOTALĂ DIN ORICE CAUZĂ

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la Asigurarea suplimentară pentru invaliditate permanentă parțială sau totală din orice cauză și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup. Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Invaliditate permanentă parțială:** reducerea potențialului fizic și psiho-senzorial al Asiguratului datorată unui accident sau a unei boli, nesusceptibilă de ameliorări, certificată de un medic agreat de Asigurător, evaluată conform baremului de indemnizare procentual al Asiguratului.
- 1.2. Invaliditate permanentă totală:** se referă la pierderea anatomică totală, permanentă sau la pierderea capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme de organe, cauzată în mod direct de un accident sau de o boală, în urma căruia Asiguratul devine incapabil să desfășoare o activitate sau ocupație în schimbul unei compensații bănești sau al obținerii unui venit, conform educației, pregătirii și experienței și prin încadrare în gradul I sau II de invaliditate, conform legislației din România.
- 1.3. Perioada de așteptare:** perioada de timp de 3 luni de zile, calculată de la data intrării în vigoare a prezentei asigurări, în care nu se acordă indemnizația pentru invaliditate parțială sau totală, cu excepția cazului în care riscul asigurat este produs în urma unui accident.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** În cazul invalidității permanente parțiale a Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform baremului procentual de indemnizare al Asiguratului.
- 2.2.** În cazul invalidității permanente totale a Asiguratului ca urmare a unui accident sau a unei boli, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, conform prezentelor condiții de asigurare. Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de invaliditate permanentă totală, sunt următoarele:
 - a.** pierderea completă a vederii ambilor ochi;
 - b.** pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini;
 - c.** pierderea ambelor tibii;
 - d.** pierderea unui antebraț și a unui picior;
 - e.** afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;
 - f.** paralizia totală și permanentă;
 - g.** orice altă situație de dobândire a invalidității permanente totale încadrată în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale privind protecția socială în vigoare, din România.Enumerarea de mai sus este ilustrativă și nu exhaustivă.
- 2.3.** Prin această asigurare, Asigurătorul acoperă invaliditatea permanentă parțială sau totală, survenită în maximum 1 an de la data producerii accidentului sau de la diagnosticarea bolii.
- 2.4.** Pentru primele 3 luni de la data intrării în valabilitate a acestei asigurări sunt acoperite numai riscurile datorate unui accident. Această prevedere nu se aplică în anii în care prezenta clauză a fost reînnoită automat. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se

- încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată.
- 5.2. Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
 - 5.3. Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1. Pentru acest tip de asigurare indemnizația va fi plătită Asiguratului.
- 6.2. În cazul invalidității permanente parțiale sau totale, pe lângă documentele prevăzute în condițiile privind asigurarea de bază, se mai solicită documente medicale necesare evaluării gradului de invaliditate, raport medical în care să se precizeze cauza și încadrarea invalidității permanente parțiale sau totale.
- 6.3. În cazul invalidității permanente parțiale, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în funcție de invaliditatea permanentă dobândită, până la 100% din suma asigurată, conform procentajelor stabilite prin baremul procentual de indemnizare.
- 6.4. În cazul invalidității permanente totale, Asigurătorul va plăti suma asigurată specifică acestei asigurări suplimentare, menționată în polița de asigurare.
- 6.5. În cazul în care survine invaliditatea permanentă totală a Asiguratului după ce Asigurătorul a achitat indemnizația aferentă unei invalidități permanente parțiale, Asigurătorul va plăti diferența dintre suma asigurată specifică acestei asigurări și indemnizația deja plătită.
- 6.6. Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului o înștiințare scrisă împreună cu documentele care dovedesc invaliditatea permanentă parțială sau totală, în maximum 1 an de la data accidentului/diagnosticării bolii.
- 6.7. Procentul de indemnizare în cazul invalidității permanente parțiale se determină numai după terminarea tratamentului, dar nu mai devreme de trecerea unei perioade de 3 luni de la data producerii accidentului/diagnosticării bolii, și nu mai târziu de 1 an de la acea dată. În cazul în care invaliditatea permanentă este incontestabilă din punct de vedere medical, stabilirea procentului de indemnizare se poate face și înainte de expirarea perioadei recuperatorii de 3 luni.
- 6.8. În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului următoarele documente:
 - a. decizia de încadrare în grad de invaliditate I sau II și a deciziei/deciziilor de revizuire, dacă există, emisă de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grad de invaliditate (copie);
 - b. documente medicale care să cuprindă diagnosticul, circumstanțele și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu evenimentul ce a condus la stabilirea invalidității (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.), precum și situația medicală la încheierea perioadei de recuperare recomandată de către medic;
- 6.9. În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, acesta va trimite prin poștă o adresă prin care să solicite documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 6.10. Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenită, aferentă acestei asigurări, aceasta va fi plătită Beneficiarului dacă este desemnat. În cazul în care nu a fost desemnat un Beneficiar, indemnizația se va plăti moștenitorilor legali ai Asiguratului.
- 6.11. Pierderea absolută și iremediabilă a funcției unui organ, membru sau a unui sistem de organe este considerată ca pierdere anatomică a acestuia; în cazuri de diminuare a capacității de folosință, procentele stabilite prin baremul procentual de indemnizare se reduc în raport cu funcționalitatea pierdută.
- 6.12. În cazul pierderii prin amputare a unei părți a unui membru sau falangă, gradul de invaliditate se stabilește ca parte din procentul de indemnizare specificat în cazul pierderii în întregime al acestuia, în raport cu partea pierdută.
- 6.13. Dacă Asiguratul este stângaci, atunci procentele stabilite prin Baremul procentual de indemnizare, pentru diverse infirmități ale mâinii drepte sau stângi, se inversează.
- 6.14. În caz de pierdere anatomică sau de reducere a funcției unui organ sau a unui membru cu deficit pre-existent riscului asigurat acceptat de Asigurător, procentele indicate se vor micșora ținând seama de gradul de invaliditate calculat pentru deficitul pre-existent.
- 6.15. În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre, în același accident, invaliditatea permanentă se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare dintre pierderile respective până la limita maximă a 100 de procente.

7. EXCLUDERI

Pentru această asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale ale asigurării de bază, precum și dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

- a. orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării prezentei asigurări suplimentare;
- b. tentativa de sinucidere sau de autorânire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

8. BAREM PROCENTUAL DE INDEMNIZARE

- 8.1. Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în caz de invaliditate permanentă parțială din accident, sunt

următoarele:

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ	Procente de indemnizare	
Pierdere completă a vederii la un ochi	50%	
Pierdere totală a facultății vizuale a unui ochi	50%	
Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%	
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%	
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%	
Cecitate sau enucleere unilateral	50%	
Pierdere de substanță osoasă a cutiei craniene:		
- Pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10%	
- Pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20%	
- Pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50%	
Pierdere totală a unui plămân	50%	
Pierdere totală a unui rinichi	30%	
Pierdere totală a splinei	10%	
Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare	40%	
Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice	20%	
A membrilor superioare	dreapta	stânga
Pierdere completă a antebrațului sau mâinii	60%	50%
Pierdere totală a membrului superior (mâinii)	70%	60%
Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului	25%	20%
Pierdere totală a palmei sau antebrațului	60%	50%
Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii	20%	15%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic)	15%	12%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a degetului arătător	15%	10%
Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic	10%	8%
A membrilor inferioare		
Pierdere completă a piciorului	50%	
Pierdere totală a unui picior (laba piciorului)	40%	
Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele	30%	
Pierdere totală a oricărui deget de la picior	3%	
Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi	50%	
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului	60%	
Pierdere totală a degetului mare de la picior	5%	
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare	3%	
Fractură nesudată a tibiei sau a peroneului	25%	
Fractura nesudată a rotulei	20%	
Fractură nesudată a oaselor tarsului	15%	
Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau a genunchiului	20%	
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri	15%	

8.2. Orice pierdere anatomică sau funcțională care nu este menționată în acest barem, se va încadra prin asimilare.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru cheltuieli medicale, ca urmare a unui accident și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup. Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Cheltuieli medicale:** cheltuieli suportate de Asigurat în urma producerii unui accident pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.
- 1.2. Urgența medicală:** vătămarea corporală sau afecțiunea acută ce presupune un risc imediat pentru viața persoanei, care în absența imediată a tratamentului, poate pune în pericol sănătatea/viața asiguratului.

2. RISCURI ASIGURATE

În baza prezentei asigurări suplimentare, în cazul în care Asiguratul suportă cheltuieli medicale ca urmare a unui accident produs pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul se obligă să plătească, în limitele stabilite prin prezentele condiții de asigurare, indemnizația de asigurare convenită, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă în cuantumul și la termenele stabilite.

Asigurătorul achită Asiguratului contravaloarea cheltuielilor medicale, pe baza documentelor medicale și chitanțelor/facturilor fiscale emise pe numele Asiguratului, până la limita maximă prevăzută în contractul de asigurare pentru această asigurare suplimentară.

Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare Asiguratului în limita maximă a sumei asigurate stabilită pentru această asigurare suplimentară conform poliței de asigurare, pentru cheltuieli medicale recomandate de către un medic, ca urmare directă a unui accident, pe baza prescripției medicale pentru următoarele servicii:

- a. transportul efectuat de servicii de urgență de specialitate, până la cel mai apropiat spital de locul accidentului;
- b. diagnosticare radiologică și sonografică;
- c. tratamentul dentar de urgență datorat unui accident, inclusiv radiografie dentară, dacă este recomandată de medic, în limita a 450 lei/an sau echivalentul în moneda poliței;
- d. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- e. asistență medicală reprezentând: medicamentele și materialele sanitare prescrise de medic, materialele medicale ajutoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (orteze, corsete, gips).

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente, în plus față de cele prevăzute în condițiile pentru asigurarea de bază, și anume documente de plată, chitanțele sau

facturile fiscale emise pe numele Asiguratului în original pe baza prescripției medicale, din care să reiasă cheltuielile medicale efectuate în legătură cu riscurile asigurate, care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și serviciile medicale prestate. Aceste documente se vor prezenta Asiguratorului în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice privind cheltuielile medicale cauzate de:

- a.** otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- b.** chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- c.** controalele medicale de rutină, cercetările exploratorii sau investigațiile; tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale; asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.);
- d.** tratarea unei arsuri de grad I;
- e.** examinări de rutină sau în scop investigațional și/sau explorator de rutină.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE DIN ORICE CAUZĂ

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru cheltuieli medicale, ca urmare a unui accident sau a unei boli și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Cheltuieli medicale:** cheltuieli suportate de Asigurat în urma producerii unui accident sau a diagnosticării unei boli pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- 1.2. Perioada de așteptare:** perioada de timp de 3 luni de zile, calculată de la data intrării în vigoare a prezentei asigurări, în care nu se acordă indemnizația pentru cheltuielile medicale, cu excepția cazului în care riscul asigurat este produs în urma unui accident.
- 1.3. Urgența medicală:** vătămarea corporală sau afecțiunea acută ce presupune un risc imediat pentru viața persoanei, care în absența imediată a tratamentului, poate pune în pericol sănătatea/viața asiguratului.

2. RISCURI ASIGURATE

În baza prezentei asigurări suplimentare, în cazul în care Asiguratul suportă cheltuieli medicale ca urmare a unui accident sau a diagnosticării cu o boală pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul se obligă să plătească, în limitele stabilite prin prezentele condiții de asigurare, indemnizația de asigurare cuvenită, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă în cuantum și la termenele stabilite.

Asigurătorul achită Asiguratului contravaloarea cheltuielilor medicale, pe baza documentelor medicale și chitanțelor/facturilor fiscale emise pe numele Asiguratului, până la limita maximă prevăzută în contractul de asigurare pentru această asigurare suplimentară.

Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare Asiguratului în limita maximă a sumei asigurate stabilită pentru această asigurare suplimentară conform poliței de asigurare, pentru cheltuieli medicale recomandate de către un medic pe baza prescripției medicale pentru următoarele servicii:

- transportul efectuat de servicii de urgență de specialitate, până la cel mai apropiat spital de locul accidentului;
- diagnosticare radiologică și sonografică;
- tratamentul dentar de urgență datorat unui accident sau pentru îndepărtarea durerilor acute, inclusiv radiografie dentară, dacă este recomandată de medic, în limita a 450 lei/an sau echivalentul în moneda poliței;
- chirurgia plastică și reparatorie, implantologia când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- asistență medicală reprezentând: medicamentele și materialele sanitare prescrise de medic, materialele medicale ajutătoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (orteze, corsete, gips).

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente, în plus față de cele prevăzute în condițiile pentru asigurarea de bază, și anume documente de plată, chitanțele sau facturile fiscale emise pe numele Asiguratului în original, pe baza prescripției medicale, din care să reiasă cheltuielile medicale efectuate în legătură cu riscurile asigurate, care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și serviciile medicale prestate. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice privind cheltuielile medicale cauzate de:

- a. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- b. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident și încadrate ca tratament dentar de urgență;
- c. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- d. sterilitatea, fecundarea artificială, infertilitatea, întreruperea de sarcină, nașterea inclusiv urmările acestora dacă nu sunt consecințe directe ale accidentului;
- e. controalele medicale de rutină, cercetările exploratorii sau investigațiile;
- f. bolile congenitale;
- g. bolile cu transmitere sexuală;
- h. cheltuielile medicale au fost necesare în vederea tratării unei arsuri de grad I;
- i. tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale;
- j. asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.);
- k. cheltuielile medicale au fost necesare pentru examinări de rutină sau în scop investigațional și/sau explorator de rutină;
- l. orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării prezentei asigurări suplimentare.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru spitalizare ca urmare a unui accident și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup. Condițiile generale pentru asigurarea de viață de grup sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Complicație:** orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin prezenta asigurare suplimentară și care duce la o nouă spitalizare.
- 1.2. Medic:** persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în limitele specialității licenței sale, în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
- 1.3. Recidivă:** reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau spitalizare recunoscută ca eveniment asigurat și necesită efectuarea unor noi proceduri medicale prin internare.
- 1.4. Spital:** unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
- 1.5. Suma asigurată:** suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului pentru o zi de spitalizare în cazul în care acesta este internat, conform prezentelor condiții de asigurare. Limita maximă a indemnizației de asigurare reprezintă produsul dintre valoarea sumei asigurate zilnice de spitalizare menționată în polița de asigurare și numărul zilelor de spitalizare, plus numărul zilelor de internare la terapie intensivă, în limitele prevăzute în prezentele condiții de asigurare.
- 1.6. Terapie intensivă:** secția dintr-un spital în care se tratează bolnavii aflați în stare critică de sănătate, ce necesită monitorizarea permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea funcțiilor vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.
- 1.7. Zi de spitalizare:** staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** În baza prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul se obligă ca, în cazul în care Asiguratul va suferi o internare într-un spital ca urmare a unui accident, să plătească, în limitele și conform condițiilor stabilite, indemnizația de asigurare cuvenită, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă în cuantum și la termenele stabilite.
- 2.2.** Asigurătorul va plăti indemnizația zilnică de spitalizare, corespunzător numărului de zile prevăzut în polița de asigurare, pentru cel puțin 3 zile consecutive de internare ca urmare a unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării. Pentru o perioadă de spitalizare mai mare de 3 zile consecutive, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă de spitalizare.
- 2.3.** Dacă Asiguratul a fost internat la secția de terapie intensivă, indemnizația zilnică va fi dublul indemnizației zilnice de spitalizare, dar nu pentru mai mult de 7 zile.
- 2.4.** Prin prezenta asigurare suplimentară sunt acoperite maxim două spitalizări ca urmare a aceluiași accident, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive, apărute la maxim 90 de zile de la prima externare. În cazul în care spitalizarea începe în perioada de valabilitate a poliței și se continuă după expirare, se vor acoperi până la maxim 30 zile de spitalizare după expirarea poliței, în limita numărului de zile de spitalizare acoperite, conform prevederilor din polița de asigurare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la epuizarea perioadei maxime de spitalizare, aferentă prezentei asigurări suplimentare, respectiv la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, rezidența, sporturile practicate, suma asigurată și durata asigurării.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1.** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente în plus față de cele prevăzute în condițiile pentru asigurarea de bază, și anume copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a spitalizării. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora.
- 6.2.** În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale ale asigurării de bază, precum și următoarele excluderi specifice:

- a.** otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- b.** afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii datorate accidentului;
- c.** chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- d.** controale medicale de rutină, cercetări exploratorii sau investigații; tratamentul prin acupunctură, bioenergie sau metode neconvenționale, asistență medicală acordată de homeopați, medici naturaliști, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterile etc.).

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru spitalizare din orice cauză și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup.

Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de grup sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Complicație:** orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de spitalizare acoperită prin prezenta asigurare și care duce la o nouă spitalizare.
- 1.2. Perioada de așteptare:** perioada de timp de 3 luni de zile, calculată de la data intrării în vigoare a prezentei asigurări, în care nu se acordă indemnizația de spitalizare, cu excepția cazului în care riscul asigurat este produs în urma unui accident.
- 1.3. Recidivă:** reapariția bolii sau a condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau spitalizarea recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi proceduri medicale prin internare.
- 1.4. Spital:** unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
- 1.5. Suma asigurată:** suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului pentru o zi de spitalizare în cazul în care acesta este internat, conform prezentelor condiții de asigurare. Limita maximă a indemnizației de asigurare reprezintă produsul dintre valoarea sumei asigurate zilnice de spitalizare menționată în polița de asigurare și numărul zilelor de spitalizare, plus numărul zilelor de internare la terapie intensivă, în limitele prevăzute în prezentele condiții de asigurare.
- 1.6. Terapie intensivă:** secția dintr-un spital în care se tratează bolnavii aflați în stare critică de sănătate, ce necesită monitorizarea permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea funcțiilor vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.
- 1.7. Zi de spitalizare:** staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** În baza prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul se obligă ca în cazul în care Asiguratul va suferi o internare într-un spital ca urmare a unui accident sau a unei boli să plătească, în limitele și conform condițiilor stabilite, indemnizația de asigurare cuvenită, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă în quantumul și la termenele stabilite.
- 2.2.** Asigurătorul va plăti indemnizația zilnică de spitalizare, corespunzător numărului de zile prevăzut în polița de asigurare, pentru cel puțin 3 zile consecutive de spitalizare ca urmare a producerii unui accident sau a unei îmbolnăviri, în perioada de valabilitate a asigurării. Pentru o perioadă de spitalizare mai mare de 3 zile consecutive, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă de spitalizare.
- 2.3.** Dacă Asiguratul a fost internat la secția de terapie intensivă, indemnizația zilnică va fi dublul indemnizației zilnice de spitalizare, dar nu pentru mai mult de 7 zile.
- 2.4.** Prin prezenta Asigurare suplimentară sunt acoperite maxim două spitalizări ca urmare a aceluiași accident sau a unei îmbolnăviri, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive, apărute la maxim 90 de zile de la prima externare. În cazul în care spitalizarea începe în perioada de valabilitate a poliței și se continuă după expirare, se vor acoperi până la maxim 30 zile de spitalizare după expirarea poliței, în limita numărului de zile de spitalizare acoperite, conform prevederilor din polița de asigurare.
- 2.5.** Pentru primele 3 luni de la data intrării în valabilitate a acestei clauze sunt acoperite numai riscurile datorate unui accident. Această prevedere nu se aplică în anii în care prezenta clauză a fost reînnoită automat. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei clauze suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la epuizarea perioadei maxime de spitalizare, aferentă prezentei asigurări suplimentare, respectiv la data

plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, rezidența, sporturile practicate, suma asigurată și durata asigurării.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1.** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte următoarele documente Asigurătorului, în plus față de cele de la asigurarea de bază, și anume copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a spitalizării. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora.
- 6.2.** În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale ale asigurării de bază, precum și următoarele excluderi specifice:

- a.** otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- b.** afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident;
- c.** chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- d.** sterilitatea, fecundarea artificială, avortul, întreruperea de sarcină, nașterea inclusiv urmările acestora dacă nu sunt consecințe directe ale unui accident;
- e.** controalele medicale de rutină, cercetările exploratorii sau investigațiile; tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale; asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice etc.);
- f.** bolile congenitale;
- g.** bolile cu transmitere sexuală;
- h.** spitalizare ca urmare a unor proceduri/tehnici/manevre medico-chirurgicale incorecte;
- i.** orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării prezentei asigurări suplimentare.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ, CA URMARE A UNUI ACCIDENT

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru incapacitate temporară de muncă, ca urmare a unui accident și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup. Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Concediu medical:** interval de timp determinat, în care Asiguratul este scutit, în mod legal, de a se prezenta la locul de muncă și a presta activități profesionale, ca urmare a incapacității de muncă a acestuia, constatată prin certificat de concediu medical emis de către un medic.
- 1.2. Incapacitate temporară:** prejudiciere temporară a stării de sănătate ca urmare a unui accident, caracterizată prin reducerea potențialului fizic, psiho-senzorial sau intelectual pe o perioadă de timp limitată, care generează întreruperea desfășurării activităților, conform ultimei ocupații declarate Asiguratorului, anterior producerii riscului.
- 1.3. Indemnizație zilnică pentru incapacitate temporară:** suma de bani pe care Asiguratorul o plătește Asiguratului pentru fiecare zi de incapacitate temporară ca urmare a unui accident, conform prezentelor condiții de asigurare.
- 1.4. Indemnizația de asigurare:** suma de bani pe care Asiguratorul o plătește Asiguratului în cazul în care acesta este în incapacitate temporară de muncă. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară și numărul de zile de incapacitate, conform Condițiilor speciale de asigurare.
- 1.5. Spital:** unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
- 1.6. Zi de spitalizare:** staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore, într-un spital la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.
- 1.7. Zile de incapacitate temporară:** staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore, într-un spital la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** Riscul asigurat este Incapacitatea temporară a Asiguratului survenită ca urmare a unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.
- 2.2.** În cazul producerii riscului asigurat, indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară se va plăti Asiguratului în limita maximă a numărului de zile prevăzut în polița de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - a. Dacă Asiguratul nu a fost spitalizat ca urmare a accidentului:** Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate temporară de muncă, dacă perioada de incapacitate durează mai mult de 5 zile consecutive. În cazul în care incapacitatea durează mai puțin 5 zile consecutive (inclusiv 5 zile), nu se plătește indemnizație de asigurare pentru riscul produs.
 - b. Dacă Asiguratul a fost spitalizat ca urmare a accidentului:** Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare pentru perioadă de incapacitate temporară de muncă începând cu prima zi de externare, dacă Asiguratul a fost internat într-un spital pentru cel puțin trei zile consecutive.
- 2.3.** În cazul în care incapacitatea temporară de muncă începe în perioada de valabilitate a poliței și se continuă după expirare, se vor acoperi până la maximum 15 zile de incapacitate după expirarea poliței, în limita numărului de zile de incapacitate temporară acoperite, prevăzute în polița de asigurare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la epuizarea perioadei maxime de incapacitate temporară din accident, respectiv la data plății întregii indemnizații de asigurare aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, suma asigurată și durata asigurării.
- 5.2. Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3. Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente în plus față de cele prevăzute în condițiile pentru asigurarea de bază:

- a. scrisoare medicală/adeverință medicală cu menționarea perioadei de incapacitate (pentru categorii speciale de Asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.);
- b. copie după alte documente (declarație pe proprie răspundere că nu este angajat etc.), pentru categorii speciale de Asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.;
- c. adeverință de la locul de muncă sau locul desfășurării ocupației declarate Asigurătorului, care să ateste ocupația Asiguratului la data accidentului și din care să rezulte perioada de incapacitate acordată acestuia;
- d. certificatul de concediu medical eliberat de medic având semnăturile, parafele medicilor (cel care l-a eliberat și cel care l-a avizat, dacă sunt diferiți) și ștampila unității medicale.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale ale asigurării de bază, precum și următoarele excluderi specifice:

- orice vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării prezentei asigurări suplimentare;
- incapacitatea temporară de muncă pentru perioada în care Asiguratul se află în străinătate.
- incapacitatea temporară ca urmare a nașterii sau a oricărui eveniment legat de sarcină

8. TERITORIALITATE

Prezenta asigurare acoperă riscurile asigurate produse în România iar indemnizația de asigurare se va plăti numai în România.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ DIN ORICE CAUZĂ

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru incapacitate temporară de muncă, ca urmare a unui accident sau a unei boli și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. **Concediu medical:** interval de timp determinat, în care Asiguratul este scutit, în mod legal, de a se prezenta la locul de muncă și a presta activități profesionale, ca urmare a incapacității de muncă a acestuia, constatată prin certificat de concediu medical emis de către un medic.
- 1.2. **Incapacitate temporară:** prejudiciere temporară a stării de sănătate ca urmare a unui accident sau a unei boli, caracterizată prin reducerea potențialului fizic, psihosenzorial sau intelectual pe o perioadă de timp limitată, care generează întreruperea desfășurării activităților, conform ultimei ocupații declarate Asigurătorului, anterior producerii riscului.
- 1.3. **Indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară:** suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului pentru fiecare zi de incapacitate temporară, conform prezentelor condiții de asigurare.
- 1.4. **Indemnizația de asigurare:** suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului în cazul în care acesta este în incapacitate temporară de muncă. Aceasta se calculează ca produs între suma asigurată, adică indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară și numărul de zile de incapacitate, conform Condițiilor speciale de asigurare.
- 1.5. **Perioada de așteptare:** perioada de timp de 3 luni de zile, calculată de la data intrării în vigoare a prezentei asigurări suplimentare, în care nu se acordă indemnizația pentru incapacitate temporară, cu excepția cazului în care riscul asigurat este produs în urma unui accident.
- 1.6. **Spital:** unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.
- 1.7. **Zi de spitalizare:** staționarea neîntreruptă ca pacient internat timp de 24 de ore într-un spital, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.
- 1.8. **Zile de incapacitate temporară:** numărul de zile calendaristice pentru care Asiguratul este în incapacitate temporară de muncă, urmare directă a unui accident sau a unei boli.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1. Riscul asigurat este incapacitatea temporară de muncă a Asiguratului, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, survenită ca urmare a unui accident sau a unei boli.
- 2.2. În cazul producerii riscului asigurat, indemnizația zilnică pentru incapacitate temporară se va plăti Asiguratului în limita maximă a numărului de zile prevăzut în polița de asigurare, pentru acest risc, după cum urmează:
 - 2.2.1. În cazul incapacității temporare ca urmare a unui accident:
 - a. **Dacă Asiguratul nu a fost spitalizat ca urmare a accidentului:** Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate temporară de muncă dacă perioada de incapacitate temporară durează mai mult de 5 zile consecutive. În cazul în care incapacitatea durează mai puțin de 5 zile consecutive (inclusiv 5 zile), nu se plătește indemnizație de asigurare pentru riscul produs.
 - b. **Dacă Asiguratul a fost spitalizat ca urmare a accidentului:** Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate temporară de muncă începând cu prima zi de externare, dacă Asiguratul a fost internat într-un spital pentru cel puțin 3 zile consecutive.
 - 2.2.2. În cazul incapacității temporare ca urmare a diagnosticării unei boli:
 - a. **Dacă Asiguratul nu a fost spitalizat ca urmare a bolii:** Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate, dacă perioada de incapacitate temporară este neîntreruptă și durează mai mult de 14 zile consecutive.
 - b. **Dacă Asiguratul a fost spitalizat, ca urmare a bolii diagnosticate:** Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare pentru întreaga perioadă de incapacitate temporară de muncă începând cu prima zi de externare, dacă Asiguratul a fost internat într-un spital pentru cel puțin 10 zile consecutive.
- 2.3. În cazul în care incapacitatea temporară de muncă începe în perioada de valabilitate a poliței și se continuă după expirare, se vor acoperi până la maximum 15 zile de incapacitate după expirarea poliței, în limita numărului de zile de incapacitate temporară acoperite, conform prevederilor din polița de asigurare.
- 2.4. Perioada de așteptare nu se aplică în anii în care prezenta asigurare suplimentară a fost reînnoită automat. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2. Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la epuizarea perioadei maxime de incapacitate temporară din accident sau din boală, respectiv la data plății întregii indemnizații de asigurare aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, suma asigurată și durata asigurării.
- 5.2. Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3. Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente în plus față de cele prevăzute în condițiile pentru asigurarea de bază:

- a. scrisoare medicală/adeverință medicală cu menționarea perioadei de incapacitate (pentru categorii speciale de Asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.);
- b. copie după alte documente (declarație pe proprie răspundere că nu este angajat etc.), pentru categorii speciale de Asigurați, cum ar fi persoanele fizice autorizate etc.;
- c. adeverință de la locul de muncă sau locul desfășurării ocupației declarate Asigurătorului, care să ateste ocupația Asiguratului la data accidentului și din care să rezulte perioada de incapacitate acordată acestuia;
- d. certificatul de concediu medical eliberat de medic având semnăturile, parafele medicilor (cel care l-a eliberat și cel care l-a avizat, dacă sunt diferiți) și ștampila unității medicale.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale ale asigurării de bază, precum și următoarele excluderi specifice:

- orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării prezentei asigurări suplimentare;
- incapacitatea temporară de muncă pentru perioada în care Asiguratul se află în străinătate.
- incapacitatea temporară ca urmare a nașterii sau a oricărui eveniment legat de sarcină

8. TERITORIALITATE

Prezenta asigurare acoperă riscurile asigurate produse în România iar indemnizația de asigurare se va plăti numai în România.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE CA URMARE A UNUI ACCIDENT

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru intervenții chirurgicale din accident și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Complicație:** orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin prezenta poliței și care duce la o nouă intervenție chirurgicală.
- 1.2. Intervenție chirurgicală:** procedură medicală efectuată în scop terapeutic, considerată din punct de vedere medical necesară pentru evitarea agravării stării de sănătate a Asiguratului datorată consecințelor unui accident asupra acestuia, care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății și care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
- 1.3. Recidivă:** reapariția condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau intervenția chirurgicală recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi intervenții chirurgicale.
- 1.4. Spital:** unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** Riscul asigurat este intervenția chirurgicală efectuată Asiguratului ca urmare directă a unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, care determină Asigurătorul să plătească acestuia indemnizația de asigurare pentru intervenții chirurgicale, în funcție de dificultatea acestora, conform procentajelor stabilite prin baremul de indemnizare procentual.
- 2.2.** Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident să se fi produs într-un termen de cel mult 60 de zile de la data accidentului, și nu mai mult de 30 de zile de la data încetării asigurării la îndeplinirea termenului contractual. În situația încetării asigurării ca urmare a denunțării și/sau rezilierii, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident să se fi produs cel târziu în ultima zi de valabilitate a poliței stabilită potrivit denunțării sau rezilierii.
- 2.3.** Prin prezenta asigurare suplimentară sunt acoperite intervențiile chirurgicale, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive, în conformitate cu art. 1., dar indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși limita maximă de 100 de procente.
- 2.4.** În cazul în care se vor efectua mai multe proceduri chirurgicale în cadrul aceleiași intervenții chirurgicale, Asigurătorul va acorda indemnizația de asigurare pentru acea procedură căreia îi corespunde cel mai mare procentaj de indemnizare.
- 2.5.** Baremul de indemnizare procentual este atașat prezentelor condiții de asigurare.
- 2.6.** Orice procent de indemnizare nemenționat în prezentul barem, se va încadra prin asimilare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, rezidența, sporturile practicate și suma asigurată.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1.** Valoarea indemnizației de asigurare va fi stabilită în funcție de gradul de dificultate a intervenției chirurgicale.
- 6.2.** În tabelul „Barem de indemnizare procentuală” sunt prezentate cel mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora. Dacă intervenția chirurgicală nu este prevăzută în tabel, atunci Asigurătorul va considera o indemnizație de asigurare similară pentru o intervenție chirurgicală cu același grad de dificultate.
- 6.3.** În decursul unui an de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale, astfel:
- Intervenție chirurgicală foarte mare - 100% din suma asigurată,
 - Intervenție chirurgicală mare - 75% din suma asigurată,
 - Intervenție chirurgicală medie - 50% din suma asigurată,
 - Intervenție chirurgicală mică - 25% din suma asigurată.
- 6.4.** Asiguratul trebuie să înștiințeze (avizeze) în scris Asigurătorul, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 zile de la data efectuării intervenției chirurgicale. Înștiințarea (avizarea de daună) constă în notificarea scrisă (formular tipizat sub denumirea „Formular de avizare eveniment asigurat”), pus la dispoziție de către Asigurător la cererea Asiguratului și completat de acesta în cazul producerii riscului asigurat.
- 6.5.** Asigurătorul va avea dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile care au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 6.6.** În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, acesta va trimite prin poștă o adresă prin care să solicite documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 6.7.** În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită beneficiarilor desemnați sau în lipsa acestora moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 6.8.** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente, în plus față de asigurarea de bază: copia foii de observație, copie a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a efectuării intervenției chirurgicale. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora.

Barem de indemnizare procentual

Denumire acoperire	Procent din suma asigurată	Dificultate
Sistemul nervos		
Lobectomie a creierului	100%	FOARTE MARE
Cranioplastie	75%	MARE
Grefă de nervi	75%	MARE
Radicotomie spinală	75%	MARE
Neurostimulare a creierului	50%	MEDIE
Ventriculocisternostomie	50%	MEDIE
Excizia totală a nervilor periferici	25%	MICĂ
Excizia parțială a nervilor periferici	25%	MICĂ
Aparatul respirator		
Pneumectomie	100%	FOARTE MARE
Laringectomie	75%	MARE
Rezecție trahee	75%	MARE
Rezecția unui lob pulmonar	75%	MARE
Drenaj de trahee	50%	MEDIE
Sutura diafragmului	50%	MEDIE
Traheostomie	25%	MICĂ
Pleurotomia	25%	MICĂ
Aparatul vizual		
Reconstrucția completă a orbitei	100%	FOARTE MARE
Extirpare ochi	100%	FOARTE MARE
Dezlipire de retină	75%	MARE
Îndepărtarea corpiilor străini intraoculari	50%	MEDIE
Extracția cristalinului	50%	MEDIE
Extracția unui corp străin din canalul lacrimal	25%	MICĂ
Excizia leziunii conjunctivale	25%	MICĂ
Aparatul digestiv		
Excizia totală a limbii	100%	FOARTE MARE
Rezecție hepatică	75%	MARE

Pancreatectomie	75%	MARE
Rezecție totală de intestine subțiri sau colon	50%	MEDIE
Rezecție peritoneu	50%	MEDIE
Excizie totală de splină	50%	MEDIE
Excizie de leziune a ficatului	25%	MICĂ
Excizie deschisă de leziune de colon	25%	MICĂ
Aparatul locomotor (sistemul osos, muscular, circulator)		
Amputare de la articulația gleznei	75%	MARE
Amputare de la braț	75%	MARE
Amputare de la coapsă	75%	MARE
Artroplastie a unei articulații mari	75%	MARE
Amputare de la tibie	75%	MARE
Excizie rotulă	50%	MEDIE
Amputări de degete	50%	MEDIE
Extensii cu tijă transosoasă	25%	MICĂ
Aparatul urinar		
Substituirea ureterului	100%	FOARTE MARE
Reconstrucție post traumatică a vezicii urinare	75%	MARE
Nefrectomie totală	75%	MARE
Nefrectomie parțială	50%	MARE
Sutură uretrală	50%	MEDIE
Sutura vezicii urinare	50%	MEDIE
Sutură renală	50%	MEDIE
Aparatul genital feminin		
Rezolvarea chirurgicală a rupturii uterine	25%	MICĂ
Excizia totală a vulvei	25%	MICĂ
Rezolvarea chirurgicală a leziunilor vulvei	25%	MICĂ
Aparatul genital masculin		
Amputare penis (totală sau parțială)	75%	MARE
Intervenție periprostatică	50%	MEDIE
Incizie scrot	25%	MICĂ

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale ale asigurării de bază, precum și următoarele excluderi specifice:

- a. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;
- b. afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii datorate accidentului;
- c. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor accidentului;
- d. sterilitatea, fecundarea artificială;
- e. extragerea corpilor străini, superficiali, de la nivelul pielii, conjunctivei, corneei, intranazali etc., manevre care nu implică folosirea unei tehnici invazive;
- f. afecțiunile superficiale ale țesutului cutanat și subcutanat (incizii, excizii, sutură).

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru intervenții chirurgicale din orice cauză și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Complicație:** orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de internare acoperită prin prezenta poliții și care duce la o nouă intervenție chirurgicală.
- 1.2. Intervenția chirurgicală:** reprezintă procedura medicală efectuată în scop terapeutic, ca urmare a unui accident sau a unei boli, necesară din punct de vedere medical pentru evitarea agravării stării de sănătate a Asiguratului, care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății și care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
- 1.3. Perioadă de așteptare:** perioada de timp de 3 luni de zile, calculată de la data intrării în vigoare a prezentei clauze, în care nu se acordă indemnizația de asigurare, cu excepția cazului în care riscul asigurat a fost cauzat de un accident.
- 1.4. Recidivă:** reapariția bolii sau a condiției medicale a pacientului care a impus tratamentul sau intervenția chirurgicală recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi intervenții chirurgicale.
- 1.5. Spital:** unitate organizată/înființată în baza unei autorizații valabile de liberă practică sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** În cazul în care Asiguratul suferă o intervenție chirurgicală ca urmare a unui accident sau a unei boli, în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare, conform acestor Condiții speciale de asigurare.
Asiguratorul acoperă intervenția chirurgicală efectuată în maximum 60 de zile de la data accidentului/diagnosticării bolii și nu mai mult de 30 de zile de la data încetării asigurării la îndeplinirea termenului contractual. În situația încetării asigurării ca urmare a denunțării și/sau rezilierii, Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare cu condiția ca intervenția chirurgicală ca urmare a unui accident sau a unei boli să se fi produs cel târziu în ultima zi de valabilitate a poliței stabilită potrivit denunțării sau rezilierii.
- 2.2.** Pentru primele 3 luni de la data intrării în valabilitate a acestei clauze sunt acoperite numai riscurile produse ca urmare a unui accident. Această prevedere nu se aplică în anii în care această clauză a fost reînnoită automat. Pentru orice întrerupere a continuității acestei clauze suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.
- 2.3.** Prin prezenta asigurare suplimentară sunt acoperite intervențiile chirurgicale, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive, dar indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși limita maximă de 100 de procente.
- 2.4.** În cazul în care se vor efectua mai multe proceduri chirurgicale în cadrul aceleiași intervenții chirurgicale, Asiguratorul va acorda indemnizația de asigurare pentru acea procedură căreia îi corespunde cel mai mare procentaj de indemnizare.
- 2.5.** Baremul de indemnizare procentual este atașat prezentelor condiții de asigurare.
- 2.6.** Orice procent de indemnizare nemenționat în prezentul barem, se va încadra prin asimilare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, rezidența, sporturile practicate și suma asigurată.
- 5.2. Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3. Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1. Valoarea indemnizației de asigurare va fi stabilită în funcție de gradul de dificultate a intervenției chirurgicale.
- 6.2. În tabelul „Barem de indemnizare procentuală” sunt prezentate cel mai des întâlnite intervenții chirurgicale și gradul de dificultate al acestora. Dacă intervenția chirurgicală nu este prevăzută în tabel, atunci Asigurătorul va considera o indemnizație de asigurare similară pentru o intervenție chirurgicală cu același grad de dificultate.
- 6.3. În decursul unui an de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale, astfel:
 - Intervenție chirurgicală foarte mare - 100% din suma asigurată,
 - Intervenție chirurgicală mare - 75% din suma asigurată,
 - Intervenție chirurgicală medie - 50% din suma asigurată,
 - Intervenție chirurgicală mică - 25% din suma asigurată.
- 6.4. Asiguratul trebuie să înștiințeze (avizeze) în scris Asigurătorul, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 zile de la data efectuării intervenției chirurgicale. Înștiințarea (avizarea de daună) constă în notificarea scrisă (formular tipizat sub denumirea „Formular de avizare eveniment asigurat”), pus la dispoziție de către Asigurător la cererea Asiguratului și completat de acesta în cazul producerii riscului asigurat.
- 6.5. Asigurătorul va avea dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea efectuării intervenției chirurgicale.
- 6.6. În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, acesta va trimite prin poștă o adresă prin care să solicite documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor nu se pot determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 6.7. În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită beneficiarilor desemnați sau în lipsa acestora moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.
- 6.8. Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente, în plus față de asigurarea de bază: copia foii de observație, copie a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a efectuării intervenției chirurgicale. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora.

Barem de indemnizare procentual

Denumire acoperire	Procent din suma asigurată	Dificultate
Sistemul nervos		
Simpatectomie bilaterală	100%	FOARTE MARE
Tumori ale creierului benigne, maligne	100%	FOARTE MARE
Transplant de măduvă	100%	FOARTE MARE
Simpatectomie unilaterală	75%	MARE
Extirpare endoscopică de leziune a ventriculului	75%	MARE
Explorarea de leziune a meningelui de cortex cerebral	75%	MARE
Cranioplastie	75%	MARE
Intervenție chirurgicală pe creier sau meninge	75%	MARE
Grefă de nervi	50%	MEDIE
Ventriculocisternostomie	50%	MEDIE
Excizia totală a nervilor periferici	25%	MICĂ
Excizia parțială a nervilor periferici	25%	MICĂ
Aparatul respirator		
Excizia totală a faringelui	100%	FOARTE MARE
Excizia totală a laringelui	100%	FOARTE MARE
Intervenție chirurgicală în urechea internă	75%	MARE
Traheotomie	50%	MEDIE

Mastoidectomie	50%	MEDIE
Lobectomie pulmonară	50%	MEDIE
Excizia deschisă de leziune a traheei	50%	MEDIE
Pneumectomie totală	50%	MEDIE
Laringotraheoplastie	50%	MEDIE
Segmentomie pulmonară	50%	MEDIE
Amigdalectomie	25%	MICĂ
Sept nazal	25%	MICĂ
Protezarea deschisă a traheei	25%	MICĂ
Aparatul vizual		
Extirparea ochiului	100%	FOARTE MARE
Operație plastică pentru hipertelorism	100%	FOARTE MARE
Iridectomie sau iridotomie	75%	MARE
Glaucom	75%	MARE
Cataractă	75%	MARE
Rezecția glandelor lacrimare	50%	MEDIE
Operație pentru strabism	50%	MEDIE
Refacerea chirurgicală a conjunctivei	25%	MICĂ
Inserarea de proteză a cristalinelui	25%	MICĂ
Aparatul digestiv		
Gastrectomie totală pentru cancer	100%	FOARTE MARE
Rezecția perineoceliacă a rectului	100%	FOARTE MARE
Gastrectomie pentru ulcer	75%	MARE
Colecistectomie	75%	MARE
Apendicectomie	50%	MEDIE
Hemoroidectomie	50%	MEDIE
Obstrucție intestinală fără rezecția intestinului	50%	MEDIE
Fistulă perianală	25%	MICĂ
Rezecția polipilor rectali	25%	MICĂ
Aparatul locomotor (sistemul osos, muscular, circulator)		
Transplant de măduvă osoasă	100%	FOARTE MARE
Amputarea ambelor brațe	100%	FOARTE MARE
Amputarea ambelor picioare	100%	FOARTE MARE
Osteosinteză oase lungi	75%	MARE
Închiderea unei fracturi deschise pe oase lungi	75%	MARE
Închiderea unei fracturi deschise a altor oase	50%	MEDIE
Operație de menisc	50%	MEDIE
Osteosinteză oase scurte	50%	MEDIE
Amputarea unei mâini	25%	MICĂ
Amputarea unui picior	25%	MICĂ
Rezecția unei exostoze	25%	MICĂ
Rezecția unui ganglion	25%	MICĂ
Aparatul urinar		
Pieloplastie	100%	FOARTE MARE
Cistectomie totală (cu transplant de uretere)	100%	FOARTE MARE
Pielotomie cu extracția calculilor renali	75%	MARE
Nefrostomie	75%	MARE
Transplant de uretere	75%	MARE
Cistectomie parțială	50%	MEDIE
Rezecția calculilor vezicii urinare prin operație	50%	MEDIE
Extirparea chistului unui vas deferent	50%	MEDIE
Peritomie	25%	MICĂ
Ureterectomie	25%	MICĂ
Sân		
Mastectomie simplă cu adenectomie	75%	MARE
Mastectomie totală	75%	MARE
Mastectomie simplă	50%	MEDIE
Mastectomie subcutanată	50%	MEDIE
Cadranectomie	25%	MICĂ
Excizia mamelonului	25%	MICĂ

Excizie de leziune a mamelonului	25%	MICĂ
Rezecția unei tumori sau chist al sânului sau ectomie parțială a sânului	25%	MICĂ
Aparatul genital feminin		
Histerectomie Wertheim	100%	FOARTE MARE
Histerectomie (totală sau parțială)	75%	MARE
Colpografie anterioară și posterioară	75%	MARE
Histerectomie vaginală	75%	MARE
Rezecția glandei Bartholin	50%	MEDIE
Ovarectomie - Salpingectomie	50%	MICĂ
Dilatare și biopsie a colului uterin	25%	MICĂ
Rezecția polipilor colului uterin	25%	MICĂ
Aparatul genital masculin		
Amputare totală penis	75%	MARE
Amputare parțială penis	25%	MICĂ
Orhidectomie bilaterală subcapsulară	25%	MICĂ
Alte excizii bilaterale testicule	25%	MICĂ
Prostatectomie retropubiană	25%	MICĂ
Prostatectomie transvezicală	25%	MICĂ
Prostatectomie perineală	25%	MICĂ
Excizie scrot	25%	MICĂ

7. EXCLUDERI

Pentru această asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial, de:

- a. procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- b. chirurgia plastică și reparatorie, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată de către un medic specialist pentru remediarea consecințelor accidentului;
- c. chirurgia estetică, implantologia;
- d. manevrele care nu implică folosirea unei tehnici invazive, extragerea corpurilor străini, superficiali, de la nivelul pielii, conjunctivei, corneei, intranazali etc.;
- e. afecțiunile superficiale ale țesutului cutanat și subcutanat (incizii, excizii, sutură);
- f. afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii, cauzate de accident;
- g. oricare investigații invazive inclusiv tehnicile de diagnosticare sau preoperatorii;
- h. tratamentul infertilității, sterilității, fecundarea artificială, întreruperea de sarcină, nașterea, cu excepția cazului în care a fost cauzată în mod direct de un accident;
- i. tentativa de sinucidere sau de autorânire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune;
- j. bolile congenitale;
- k. bolile cu transmitere sexuală;
- l. orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării prezentei asigurări suplimentare.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU FRACTURI PRODUSE CA URMARE DIRECTĂ A UNUI ACCIDENT

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru fracturi produse ca urmare directă a unui accident și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup. Condițiile generale pentru asigurarea de viață de grup sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

În cuprinsul prezentelor condiții de asigurare se aplică următoarele definiții:

- 1.1. Fraktură:** discontinuitatea osului/cartilagiului fibros provocată de acțiunea accidentală prin traumatism direct asupra osului/cartilagiului tare.
- 1.2. Fraktură cominutivă:** fractură care se caracterizează prin prezența a mai mult de două fragmente osoase.
- 1.3. Osteosinteză:** procesul de reasamblare a fragmentelor osoase ale unei fracturi cu ajutorul șuruburilor, agrafelor, plăcilor cu șuruburi, cuielor, broșelor sau oricărui alt mijloc mecanic.
- 1.4. Grefă osoasă:** procedeul chirurgical prin care se înlocuiește material osos lipsă din corpul pacientului cu un substitut artificial, sintetic sau natural.
- 1.5. Indemnizația de asigurare:** suma plătită Asiguratului ca urmare a unei fracturi suferite de acesta, pentru care a necesitat asistență/îngrijire medicală de specialitate, sumă ce reprezintă procent din suma asigurată stabilită, în funcție de gravitatea fracturii.
- 1.6. Intervenție chirurgicală:** procedură medicală efectuată în scop terapeutic, considerată din punct de vedere medical necesară pentru evitarea agravării stării de sănătate a Asiguratului datorată consecințelor unui accident asupra acestuia, care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății și care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** Riscurile asigurate sunt fracturile suferite de Asigurat în urma unui accident, produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, care determină Asiguratorul să plătească acestuia indemnizația de asigurare, conform procentajelor stabilite prin Baremul de indemnizare procentual.
- 2.2.** În cazul în care există fracturi ale unor segmente osoase diferite, ca urmare a aceluiași accident, indemnizația de asigurare cumulată nu va putea depăși limita maximă de 100 de procente.
- 2.3.** Pentru fracturi cominutive se aplică o majorare cu 25% a indemnizației de asigurare corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare pentru fiecare caz în parte.
- 2.4.** Pentru fracturi care necesită intervenție chirurgicală, osteosinteză sau grefă osoasă, se aplică o majorare cu 50% a indemnizației de asigurare corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurator pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, rezidența, sporturile practicate și suma asigurată.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1.** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente, în plus față de asigurarea de bază: copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a acordării de asistență medicală. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora.
- 6.2.** Asigurătorul va aprecia cuantumul obligației de plată a indemnizației de asigurare în funcție de documentele constitutive ale dosarului de daună și în conformitate cu prevederile prezentelor condiții de asigurare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea riscului asigurat. Prin încheierea prezentei asigurări suplimentare, Asiguratul îl mandatează pe Asigurător să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată stabili împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat.
- 6.3.** Fracturile vor fi evaluate de către medicul agreat de Asigurător, pe baza documentelor medicale puse la dispoziția sa de către Asigurat sau reprezentanții acestuia și al baremului de indemnizare procentual al Asigurătorului, prezentat în continuare.

Baremul de indemnizare procentual

Tipul de fractură	Procent de indemnizare
Fractură a unui singur os:	
Claviculă, omoplat, radius, ulnă	15%
Coccis, tarsian, metatarsian, carpian, metacarpian	10%
Femur	40%
Tibie, fibulă, humerus	25%
Falangă, coastă (procent pentru fiecare)	5%
Maxilar inferior	20%
Rotulă	15%
Stern, piramidă nazală	10%
Vertebră, proces transversal	5%
Craniu	20%
Fractură a cel puțin două oase:	
Carpene, metacariene, tarsiene, metatarsiene	15%
Gambă (tibie și fibulă)	30%
Antebraț (radius și ulnă)	20%
Pelvis (fără tracțiune)	20%
Falange, coaste (cel puțin două)	10%
Pelvis (cu tracțiune)	30%
Oase bazin	30%
Tasare corpuri vertebrale	35%
Bază craniu	50%

- 6.4.** Orice alt tip de fractură neprevăzut în Baremul de indemnizare procentual, se va încadra prin asimilare în funcție de tipul fracturii respective.
- 6.5.** În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită beneficiarilor desemnați sau în lipsa acestora moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice:

- a. fractura nu a fost determinată direct de un accident așa cum este el definit în condițiile generale;
- b. evenimentele produse sau influențate de malformațiile congenitale sau complicațiile/bolile cauzate de anomaliile congenitale;
- c. fracturile patologice, în cazul în care condiția medicală care a generat fractura patologică (osteoporoză, displazie, tumoră, infecție etc.) a fost diagnosticată înainte de intrarea în valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU ARSURI PRODUSE CA URMARE DIRECTĂ A UNUI ACCIDENT

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru arsuri produse ca urmare directă a unui accident și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup. Condițiile generale pentru Asigurarea de viață de grup sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

În cuprinsul prezentelor condiții de asigurare se aplică următoarele definiții:

- 1.1. Arsură:** leziune cutanată provocată de acțiunea accidentală a unor agenți externi (foc, căldură, radiații, electricitate, substanțe chimice etc.).
- 1.2. Indemnizația de asigurare:** suma plătită Asiguratului ca urmare a unei arsuri suferite de acesta, pentru care a necesitat asistență/îngrijire medicală de specialitate, sumă ce reprezintă procent din suma asigurată stabilită, în funcție de gravitatea arsurii.

2. RISCURI ASIGURATE

Riscurile asigurate sunt arsurile suferite de Asigurat în urma unui accident, pentru care a necesitat asistență/îngrijire medicală de specialitate, produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, care determină Asigurătorul să plătească acestuia indemnizația de asigurare, conform procentajelor stabilite prin baremul de indemnizare procentual, în funcție de gravitatea arsurii și de suma asigurată maximă stabilită în polița de asigurare pentru acest risc asigurat.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului, rezidența, sporturile practicate și suma asigurată.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale asigurării de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1.** Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare pentru prezenta asigurare suplimentară, Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul este obligat să prezinte Asigurătorului următoarele documente, în plus față de cele menționate în condițiile generale: copia foii de observație, a biletului de externare sau orice document eliberat ca urmare a acordării de asistență medicală. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 zile de la data eliberării acestora.
- 6.2.** Arsurile vor fi evaluate de către medicul agreeat de Asigurător, pe baza documentelor medicale puse la dispoziția sa de către Asigurat sau reprezentanții acestuia și al baremului de indemnizare procentual al Asigurătorului prezentat în continuare.

Baremul de indemnizare procentual

Gradul arsurii	Procent de indemnizare Arsuri de gradul III și IV	Procent de indemnizare Arsuri de gradul II
Arsuri care acoperă 30% sau mai mult din suprafața corporală	100%	100%
Arsuri care acoperă 15% până la 30% din suprafața corporală	50%	50%
Arsuri care acoperă 10% până la 15% din suprafața corporală	30%	25%
Arsuri care acoperă 5% până la 10% din suprafața corporală	15%	8%

- 6.3.** Orice alt tip de arsură neprevăzută în baremul de indemnizare procentual, se va încadra prin asimilare în funcție de gradul arsurii respective.
- 6.4.** În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

7. EXCLUDERI

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale de asigurare pentru asigurarea de bază, precum și următoarele excluderi specifice:

- 7.1.** Arsura de gradul I;
- 7.2.** Arsura nu a fost determinată direct de un accident așa cum este el definit în condițiile generale;
- 7.3.** Expunerea voluntară la radiațiile solare naturale sau artificiale.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE BOLI PROFESIONALE

Prezentele Condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru boli profesionale și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

- 1.1. Boală profesională:** afecțiune care se produce ca urmare a exercitării unei ocupații sau profesii, cauzată de factori nocivi fizici, chimici sau biologici, caracteristici locului de muncă, precum și de suprasolicitarea diferitelor organe sau sisteme ale organismului în procesul de muncă.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1.** În baza prezentelor condiții, Asigurătorul se obligă ca, în cazul în care Asiguratul va dobândi o boală profesională diagnosticată în perioada de valabilitate a asigurării, să plătească până la 100% din suma asigurată pentru boli profesionale, astfel:
- 2.1.1.** În caz de deces ca urmare a unei boli profesionale, Asigurătorul va plăti și suma asigurată pentru deces, constatat în cel mult 1 an de la data declarării bolii profesionale.
- 2.1.2.** În caz de invaliditate permanentă ca urmare a unei boli profesionale, Asigurătorul va plăti până la 100% din suma asigurată pentru invaliditate permanentă totală, conform procentajelor stabilite prin baremul de indemnizare procentual.
- 2.2.** Baremul de indemnizare procentual este detaliat la art. 8.
- 2.3.** Orice pierdere anatomică sau funcțională nemenționată în baremul de indemnizare procentual, se va încadra prin asimilare și în conformitate cu legislația în vigoare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1.** Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2.** Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1.** Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată.
- 5.2.** Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3.** Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1.** În cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti suma asigurată specifică acestei asigurări, menționată în polița de asigurare.
- 6.2.** Asiguratul are obligația de a anunța Asigurătorul, cât mai curând posibil dar nu mai târziu de 30 zile de la momentul producerii riscului asigurat.
- 6.3.** Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea diagnosticării bolii grave/efectuării intervenției chirurgicale.
- 6.4.** În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului în

plus față de documentele de la asigurarea de bază următoarele:

- a. adeverință de înregistrare a bolii profesionale de la Inspectoratul de poliție sanitară și medicină preventivă și Inspectoratul pentru protecția muncii, care să ateste boala profesională precum și factorul nociv care a declanșat-o;
 - b. certificate medicale care să cuprindă diagnosticul precis stabilit de medicii de specialitate;
 - c. adeverință de la locul de muncă care să ateste ocupația Asiguratului la data producerii accidentului, precum și durata totală de muncă în mediul nociv care a declanșat boala profesională.
- 6.5.** Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare numai dacă declararea bolii profesionale s-a făcut pentru prima dată în perioada asigurată. Astfel, indemnizația de asigurare se va calcula pe baza unui procent din suma asigurată pentru boli profesionale, procent care reprezintă raportul dintre perioada asigurată până la momentul declarării bolii profesionale și perioada totală lucrată de către Asigurat în mediul nociv care a determinat apariția bolii profesionale.
- 6.6.** În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, acesta va trimite prin poștă o adresă prin care va solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, Asigurătorul nu poate determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, acesta își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 6.7.** Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare cuvenită, aferentă acestei asigurări, aceasta va fi plătită Beneficiarului în caz de deces al Asiguratului.

7. EXCLUDERI

Pentru această asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice:

- a. bolile profesionale, apărute în primele 3 luni de la intrarea în vigoare a contractului de asigurare;
- b. orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării prezentei asigurări suplimentare;
- c. bolile profesionale, altele decât cele strict legate de activitatea profesională declarată în momentul încheierii contractului de asigurare;
- d. procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- e. bolile profesionale, altele decât cele prevăzute de legislația privind protecția muncii în vigoare;
- f. bolile profesionale, altele decât cele declarate de către organul în drept (Inspectoratul de poliție sanitară și medicină preventivă și Inspectoratul de stat pentru protecția muncii), encefalite, substanțe toxice, medicamentoase, etilismului cronic sau unui traumatism craniocerebral;
- g. procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte.

8. BAREM PROCENTUAL DE INDEMNIZARE

8.1. Situațiile acoperite de această asigurare suplimentară, în cazul diagnosticării cu o boală profesională, sunt următoarele:

PIERDERE ANATOMICĂ SAU FUNCȚIONALĂ	Procente de indemnizare	
Pierdere completă a vederii la un ochi	50%	
Pierdere totală a facultății vizuale a unui ochi	50%	
Micșorarea (reducerea) la jumătate a vederii la ambii ochi	25%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la o ureche	15%	
Pierdere completă și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40%	
Fractura nesudată a maxilarului de jos	25%	
Pierdere maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%	
Cecitate sau enucleerea unilaterală	50%	
Pierdere de substanță osoasă a cutiei craniene:		
- Pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10%	
- Pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20%	
- Pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50%	
Pierdere totală a unui plămân	50%	
Pierdere totală a unui rinichi	30%	
Pierdere totală a splinei	10%	
Anchilozarea unui segment (sector) al coloanei vertebrale, cu deformare	40%	
Fracturarea coastelor cu deformarea toracelui și cu anomalii organice	20%	
A membrilor superioare	dreapta	stânga
Pierdere completă a antebrațului sau mâinii	60%	50%
Pierdere totală a membrului superior (mâinii)	70%	60%

Pierdere completă a capacității de mișcare a umărului	25%	20%
Pierdere totală a palmei sau antebrățului	60%	50%
Pierdere completă a capacității de mișcare a cotului sau a încheieturii mâinii	20%	15%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau a arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului arătător și a încă unui deget, în afara degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a două dintre ultimele degete (mijlociu, inelar, mic)	15%	12%
Pierdere completă a trei degete, în afara degetului mare sau arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a degetului mare și a încă unui deget, în afara arătătorului	25%	20%
Pierdere completă a capacității de mișcare a degetului mare și a arătătorului	35%	25%
Pierdere completă a degetului mare	20%	15%
Pierdere completă a degetului arătător	15%	10%
Pierdere completă a degetului mijlociu, inelar sau mic	10%	8%
A membrilor inferioare		
Pierdere completă a piciorului		50%
Pierdere totală a unui picior (laba piciorului)		40%
Amputarea parțială a piciorului, împreună cu toate degetele		30%
Pierdere totală a oricărui deget de la picior		3%
Pierdere totală a unui membru inferior la înălțimea sau sub genunchi		50%
Pierdere totală a unui membru inferior deasupra genunchiului		60%
Pierdere totală a degetului mare de la picior		5%
Pierdere completă a unui deget al piciorului, în afara degetului mare		3%
Fractură nesudată a tibiei sau peroneului		25%
Fractura nesudată a rotulei		20%
Fractură nesudată a oaselor tarsului		15%
Pierdere completă a posibilității de mișcare a șoldului sau a genunchiului		20%
Scurtarea piciorului cu cel puțin (5) cinci centimetri		15%

8.2. Orice consecință a unei boli profesionale care nu este menționată în acest barem, se va încadra prin asimilare și în conformitate cu legislația în vigoare.

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE BOLI GRAVE

Prezentele condiții de asigurare reglementează contractul de asigurare referitor la asigurarea suplimentară pentru boli grave și sunt valabile alături de condițiile generale privind Asigurarea de viață de grup.

Condițiile generale de asigurare de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele condiții de asigurare.

1. DEFINIȚII

1.1. BOLI GRAVE:

- a. **Cancer/tumoră malignă:** afecțiune medicală care constă în prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, papiloame, indiferent de localizare, inclusiv leucemia, limfoame și boala Hodgkin, caracterizată prin înmulțirea necontrolată a celulelor maligne diagnosticată de către un medic specialist oncolog. Această categorie va include și metastazarea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului normal. Diagnosticul complet trebuie confirmat în scris de către un medic specialist oncolog. Această categorie va cuprinde inclusiv metastazele, indiferent de stadiu și de punctul de plecare. Melanoamele maligne sunt incluse în această acoperire, în cazul în care tumoarea este mai mare sau egală cu pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm grosime verticală, cu ulcerații sau nivelul Clark IV/V). Data obținerii diagnosticului va fi reprezentată de data obținerii unui diagnostic definitiv în urma efectuării examenului histopatologic. În plus, motivele medicale trebuie să fie detaliate iar tumora malignă să fie confirmată prin scanare CT (tomografie computerizată) sau examinare RMN.
- b. **Accident vascular cerebral:** orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 ore și include modificări ale țesutului cerebral de tip: infarct al țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral, având cauza afecțiunii extracraniene. Afecțiunea va fi recunoscută ca și boală gravă numai după trecerea a cel puțin 3 luni de existență a unui deficit neurologic permanent de la data producerii riscului asigurat. Diagnosticul inițial precum și cel ce statuează deficitul neurologic trebuie confirmat în scris de către un medic specialist neurolog.
- c. **Infarct miocardic:** afecțiune cardiovasculară, din categoria "Cardiopatiilor Ischemice" care evidențiază necroza unei porțiuni a mușchiului cardiac ca rezultat al blocării circulației în una sau mai multe artere coronare, consecința unei întreruperi subite a fluxului circulator sau irigării insuficiente a teritoriului cardiac respectiv. Diagnosticul trebuie să arate: simptome clinice sugestive și modificări pe EKG ce confirmă diagnosticul, creșterea specifică a enzimei cardiace CK-MB, creșterea specifică a troponinei sau dovezi imagistice de ischemie globală sau segmentară sau modificări specifice în dinamica a biomarkerilor cardiaci. Diagnosticul trebuie confirmat în scris de către un medic specialist cardiolog.
- d. **Scleroza multiplă:** afecțiune caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau măduva spinării și care se manifestă prin sindroame neurologice specifice de demielinizare a creierului, nervului optic și/sau măduvei spinării. Afecțiunea va fi recunoscută ca boală gravă dacă există leziunile nervoase specifice, disfuncțiile neurologice cu o durată mai mare de 6 luni iar Asiguratul prezintă minim 2 episoade diferite de acutizare sau cu interval de minim 24 de ore între ele. Diagnosticul și evoluția bolii trebuie confirmată în scris de către un medic specialist neurolog.
- e. **Boala neuronului motor:** boală neurologică de etiologie necunoscută caracterizată prin degenerarea progresivă a tractelor corticospinale și a celulelor nervoase localizate în coarnele anterioare ale măduvei spinării și a neuronilor bulbari aferenți. Afecțiunea va fi recunoscută ca boală gravă dacă examenul obiectiv va evidenția atrofia musculară spinală, paralizie bulbară progresivă, scleroză laterală aminotrofică și scleroza laterală primară. Diagnosticul bolii precum și evoluția ei ca boală progresivă și ireversibilă trebuie confirmată în scris de către un medic specialist neurolog.
- f. **Boala Parkinson:** boală a sistemului nervos central de tip degenerativ. Va fi recunoscută ca boală gravă numai forma idiopatică, nu și formele induse de cauze toxice sau medicamentoase (sindroame parkinsoniene). Stadiul grav va fi definit de faptul că Asiguratul nu mai poate îndeplini singur și fără ajutor minim trei activități zilnice, curente: îmbrăcare, utilizarea toaletei, hrănire, mutarea în/din pat sau scaun, etc. Diagnosticul bolii și stadiul de evoluție sechelară trebuie confirmat în scris de către un medic specialist neurolog.
- g. **Insuficiența renală:** pierderea ireversibilă a funcției ambilor rinichi ca ultim stadiu al unei suferințe renale, și care impune înregistrarea Asiguratului într-un regim de dializă renală cronică, regulat, cel puțin o dată pe săptămână, sau recomandarea de efectuare a intervenției chirurgicale de transplant renal. Diagnosticul bolii trebuie confirmat în scris de către un medic specialist nefrolog.
- h. **Infecția cu HIV prin transfuzii:** infectarea cu virusul HIV dovedită ca fiind rezultatul unei transfuzii sangvine efectuate pe durata de valabilitate a clauzei suplimentare, transfuzie efectuată la recomandarea unui medic și sub supraveghere medicală, în centre medicale abilitate. Pentru ca infecția cu HIV să fie considerată boală gravă, diagnosticul trebuie să confirme că starea sănătății Asiguratului pune în pericol viața acestuia și că orice metodă de tratament a eșuat.
- i. **Infecția ocupațională cu HIV:** infectarea cu virusul HIV dovedită ca fiind rezultatul unui accident la locul de muncă

în maxim 6 luni de la producerea accidentului. Orice accident la locul de muncă, ce se poate solda cu infectarea cu HIV trebuie raportat Asiguratorului în termen de 14 zile de la eveniment. Înștiințarea trebuie să fie însoțită și de un buletin de analiză efectuat anterior evenimentului care să ateste faptul că Asiguratul nu era anterior infectat (test negativ de anticorpi HIV). Diagnosticul ce atestă accidentul precum și infectarea HIV în timpul accidentului trebuie să fie confirmat de către un medic specialist.

- j. Boala Alzheimer:** afecțiune de etiologie necunoscută care se manifestă prin deteriorarea sau pierderea capacității intelectuale sau un comportament anormal, ireversibil. Diagnosticul se va confirma pe baza următoarelor criterii: examen clinic, chestionare și teste standardizate, care atestă reducerea semnificativă a funcțiilor mentale și sociale și necesită supravegherea permanentă a vieții Asiguratului. Diagnosticul trebuie confirmat de către medicul specialist neurolog și trebuie confirmat și acceptat de Asigurator.

1.2. INTERVENȚII CHIRURGICALE:

- a. Intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian:** intervenție chirurgicală recomandată de un medic specialist și avizat (chirurg cardiovascular) pentru a corecta stenoza sau ocluzia arterei coronare prin introducerea unei grefe de tip by-pass în scopul limitării simptomelor de tip anginos, ca urmare a unui diagnostic de cardiopatie ischemică. Afecțiunea cardiacă trebuie să fi fost diagnosticată după intrarea în valabilitate a acestei clauze suplimentare, pe baza unui diagnostic de certitudine al afectării coronariene, susținut de rezultatul unei coronarografii preoperatorii și pe baza unei recomandări exprese din partea medicului specialist cardiolog. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
- b. Transplant de organe:** intervenție chirurgicală care constă în transplantarea prin poziționare și fixare chirurgicală de organe, primite de la un donator viu sau aflat în moarte clinică, în organismul Asiguratului, considerat a fi primitor, în baza compatibilității antigenice demonstrate. Se pot transplanta următoarele organe: inima, plămâni, rinichi, pancreas, ficat, cristalin sau măduvă osoasă. Această manoperă chirurgicală, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a Asiguratului. Afecțiunea care duce la recomandarea efectuării transplantului de organe trebuie să fi fost diagnosticată după intrarea în valabilitate a acestei clauze suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
- c. Intervenție chirurgicală de schimbare de valve la nivelul inimii:** intervenție chirurgicală pe cord deschis ce constă în înlocuirea sau repararea valvelor cardiace (mitrale sau aortice) ca urmare a unor afecțiuni cardiace apărute și diagnosticate după intrarea în valabilitate a acestei clauze suplimentare. Această manoperă de chirurgie cardiovasculară, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a Asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
- d. Alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv grefa de aortă):** intervenție chirurgicală pe cord deschis sau pe aorta toracică și abdominală (fără ramificațiile lor) ca urmare a unor afecțiuni cardiace apărute/diagnosticate după intrarea în valabilitate a acestei clauze suplimentare. Aceste manopere de chirurgie cardiovasculară conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a Asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital. Afecțiunile de natură traumatică nu sunt acoperite prin prezenta clauză suplimentară.
- e. Intervenție chirurgicală pentru implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil:** intervenție chirurgicală ce constă în amplasarea unui stimulator intracardiac, prin abort transvenos sau transtoracic respectiv montarea unui dispozitiv electronic implantabil (defibrilator), ca urmare a unor afecțiuni cardiace ce determină aritmii severe/disfuncționalități cardiace severe efectuată după intrarea în valabilitate a acestei clauze suplimentare. Aceste manopere de chirurgie cardiovasculară, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a Asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital;
- f. Intervenție chirurgicală de tip prostatectomie radicală:** intervenție chirurgicală ce constă în ablația prostatei, a veziculelor seminale și a ampulelor veziculelor seminale precum și a ganglionilor obturatori aferenți, ca urmare a unui adenocarcinom de prostată care nu a depășit stadiul intracapsular. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a clauzei suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital;
- g. Intervenție chirurgicală de tip hysterectomie totală:** intervenție chirurgicală prin care se îndepărtează uterul și anexele bilaterale ca urmare a unor afecțiuni ginecologice, conform recomandării medicale scrise, trebuie să fie ultima soluție de tratament posibilă pentru menținerea în viață a Asiguratului. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a clauzei suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
- h. Intervenție chirurgicală de tip mastectomie simplă și radicală:** intervenție chirurgicală ce presupune îndepărtarea (excizie chirurgicală) unei porțiuni a glandei mamare ce cuprinde tumora și țesut de siguranță în jur însemnând mastectomie simplă și îndepărtarea întregului sân împreună cu ganglionii axilari și/fără mușchii pectorali, însemnând mastectomie radicală ca urmare a unei tumori mamare de tip malign. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată după intrarea în valabilitate a clauzei suplimentare. Intervenția chirurgicală trebuie să fie efectuată într-un spital.
- i. Hernie de disc:** afecțiune de natură neurologică ce se caracterizează prin alunecarea, parțială sau totală, a nucleului pulpos spre canalul medular printr-o zonă slăbită a inelului fibros al discului intervertebral. Diagnosticul

se va confirma prin următoarele criterii: examen clinic ce confirmă simptomele (ex. dureri locale sau iradiante cu caracter specific), examen imagistic, recomandarea unei intervenții chirurgicale ca metodă de tratament, precum și ieșirea din spital ce va confirma efectuarea acestei intervenții chirurgicale. Diagnosticul trebuie avizat de un medic specialist neurolog/ neurochirurg și de un medic radiolog/imagist.

1.3. ALTE DEFINIȚII

- a. **Perioada de așteptare:** perioadă de timp de 3 luni, calculată de la data intrării în valabilitate a prezentei asigurări, în care nu se acordă indemnizația de asigurare (pentru cancer/tumori maligne există o perioadă de așteptare de 6 luni).
- b. **Perioada de supraviețuire:** perioada de 30 zile de la confirmarea diagnosticului de boală gravă.

2. RISCURI ASIGURATE

- 2.1. Dacă în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, Asiguratul a fost diagnosticat prima dată cu o boală gravă sau a suferit o intervenție chirurgicală, ca urmare a producerii unui accident sau îmbolnăviri, dintre cele specificate mai sus, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare.

Orice alte boli grave/intervenții chirurgicale care nu respectă definițiile de mai sus nu sunt acoperite prin prezenta asigurare suplimentară.

Pachetul I acoperă următoarele riscuri:

- diagnosticarea pentru prima dată în perioada de valabilitate a prezentei clauze, cu una din următoarele boli grave: cancer/tumoră malignă; accident vascular cerebral; infarct miocardic; scleroză multiplă; boala neuronului motor; boala Parkinson.
- următoarele intervenții care sunt efectuate în perioada de valabilitate a prezentei clauze: intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian; transplant de organe; intervenție chirurgicală de schimbare de valve la nivelul inimii; alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv grefă aortă).

Pachetul II acoperă, în plus față de Pachetul I, și următoarele riscuri:

- diagnosticarea pentru prima dată în perioada de valabilitate a prezentei clauze, cu una din următoarele boli grave: insuficiența renală; infecția cu HIV prin transfuzii; infecția ocupațională cu HIV; boala Alzheimer.
- următoarele intervenții care sunt efectuate în perioada de valabilitate a prezentei asigurări: intervenție chirurgicală pentru implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil, intervenție chirurgicală de tip prostatectomie radicală, intervenție chirurgicală de tip histerectomie totală, intervenție chirurgicală de tip mastectomie simplă sau radicală, hernie de disc.

- 2.2. Obligația de plată a Asigurătorului nu este valabilă dacă decesul Asiguratului survine în Perioada de supraviețuire, ca urmare a acelei Boli Grave.
- 2.3. Pentru primele 3 luni de la data intrării în valabilitate a acestei clauze sunt acoperite numai riscurile datorate unui accident. Această prevedere nu se aplică în anii în care prezenta clauză a fost reînnoită automat. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei clauze suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.

3. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII SUPLIMENTARE

- 3.1. Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru atașarea asigurării suplimentare la reînnoirea contractului.
- 3.2. Suma asigurată este menționată în polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate pentru această asigurare este aceeași, atât pentru asigurat, cât și pentru fiecare persoană dependentă.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CLAUZEI SUPLIMENTARE

Prezenta asigurare suplimentară începe conform articolului 3.1. din prezentele condiții și încetează conform articolului 4.2. din condițiile generale, sau la data plății întregii indemnizații de asigurare, aferentă prezentei asigurări suplimentare.

5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1. Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată.
- 5.2. Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale contractului de asigurare de bază.
- 5.3. Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale asigurării de bază.

6. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 6.1.** În cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asigurătorul va plăti suma asigurată specifică acestei asigurări, menționată în polița de asigurare. Indemnizația de asigurare se va plăti doar o dată pe perioada de asigurare, respectiv la producerea primului risc asigurat.
- 6.2.** Asiguratul are obligația de a anunța Asigurătorul, cât mai curând posibil dar nu mai târziu de 30 zile de la momentul producerii riscului asigurat.
- 6.3.** Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite în vederea diagnosticării bolii grave/efectuării intervenției chirurgicale.
- 6.4.** În vederea stabilirii dreptului de acordare a indemnizației de asigurare, Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului în plus față de documentele de la asigurarea de bază următoarele:
 - a.** scrisoare medicală din partea unui medic specialist prin care se atestă existența unei boli grave și/sau necesitatea efectuării unei anumite intervenții chirurgicale acoperite prin prezenta asigurare;
 - b.** alte documente solicitate de Asigurător care să ateste împrejurările producerii evenimentului și dobândirea invalidității.
- 6.5.** În cazul în care documentația transmisă către Asigurător, ca urmare a producerii riscului asigurat, este incompletă, acesta va trimite prin poștă o adresă prin care va solicita documente suplimentare. Dacă, la primirea documentelor, Asigurătorul nu poate determina cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, acesta își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația.
- 6.6.** Dacă decesul Asiguratului se produce înainte de plata indemnizației de asigurare convenită, aferentă acestei asigurări, aceasta va fi plătită Beneficiarului în caz de deces al Asiguratului.

7. EXCLUDERI

Pentru această asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în condițiile generale de asigurare. De asemenea, nu intră sub incidența protecției prin prezenta asigurare, situațiile de mai jos, precum și consecințele lor directe sau indirecte:

- a.** tentativa de sinucidere sau de autorânire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune;
- b.** procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale incorecte;
- c.** bolile congenitale;
- d.** HIV/SIDA, cu excepția infectării cu virusul HIV ca urmare a unei transfuzii sangvine și infecției ocupaționale cu HIV;
- e.** cancer/tumoră malignă: simptome/boli care pot fi considerate condiție pre-cancerigenă: papilom al vezicii urinare, polipoza la nivelul colonului, boala Crohn, colita ulcerativă indiferent de etiologie, hematurie, melena, hemoptizie, adenopatii limfactice, splenomegalie; tumorile cu modificări maligne de tip carcinom (inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3*) sau tumori a căror descriere histopatologică este de tip premalign; melanoamele cu grosime – determinată prin examen histopatologic – mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark; hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii; carcinoamele scuamo-celulare ale pielii, cu excepția situației în care invazia (metastazarea) s-a extins către alte organe; sarcomul Kaposi și alte carcinoame asociate infecției HIV; cancerul de prostată care histopatologic este clasificat TNM** ca T1 (inclusiv T1a sau T1b, dar nu T1c) sau forme de cancer care sunt echivalente acestora sau inferioare ca și clasificare; cancerul de colon descris histopatologic ca stadiu A de cancer de colon după clasificarea Dukes;

*CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia = Neoplasm Cervical Intraepitelial
 **TNM = Tumoră, Nodul, Metastază = Clasificarea cancerelor după mărime, interesare ganglionară și metastaze
- f.** accident vascular cerebral (AVC): atac ischemic tranzitor (AIT) sau orice accident tranzitor și care este lent reversibil; deficit ischemic neurologic extins și reversibil; alterări ischemice ale sistemului vestibular; deficit neurologic ischemic reversibil; hemoragie cerebrală provocată de leziuni traumatiche, post traumatiche sau hipoxie; hemoragie cerebrală datorată unei tumori cerebrale; hemoragie cerebrală provocată de complicații după chirurgia vasculară cerebrală; tulburări vizuale datorate malformației unei artere cerebrale; alte accidente cardiovasculare cu simptome similare cu accidentele vasculare cerebrale; simptome de migrenă; afecțiuni vasculare care afectează ochiul sau nervul optic; boli care afectează în plan secundar sistemul nervos (central sau periferic); boli congenitale ale sistemului nervos; accidentul vascular vechi, descoperit întâmplător la o examinare imagistică;
- g.** infarct miocardic: toate tipurile de angină incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal;
- h.** intervenție chirurgicală de tip by-pass coronarian: tehnicile tip angioplastie, tratament laser sau alte proceduri similare care nu necesită intervenție chirurgicală pe cord deschis;
- i.** transplant de organe: transplant de organe de proveniență animală; transplantul în calitate de "donor"; organe modificate genetic; dacă anterior a existat o reacție de respingere pentru alt organ (înlocuire); experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă; orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante;
- j.** scleroza multiplă: atacurile neurologice izolate ca și episoadele neurologice izolate cu o durată mai mică de 24 de ore și/ sau fără deteriorarea funcțiilor pe o perioadă mai mică de 6 luni sunt excluse;
 Alte intervenții chirurgicale pe cord deschis (inclusiv greafă aortă): intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis: angioplastie, angioplastia percutană transluminală coronariană, stent coronarian; intervențiile chirurgicale care folosesc cateter, de exemplu valvuloplastie percutană cu balonaș; orice alte intervenții chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis sau laparotomie;
- k.** boala Parkinson: sindroame tip Parkinson asociate unor tratamente cu medicație psihotropă, encefalite, boli neurologice degenerative, sau care imită boala Parkinson (ex. tremur al degetelor sau picioarelor) precum și formele induse de cauze toxice sau medicamente;

Insuficiența renală: hemodializa în situația unei insuficiențe renale acute sau orice caz de hemodializă nonpermanentă; insuficiența unui singur rinichi; afecțiunea Asiguratului cu indicația de transplant renal anterioară datei de intrare în valabilitate a prezentei clauze sau sub tratament cronic de hemodializă sau Asigurat înregistrat pe orice listă de așteptare pentru un transplant de organ; orice stadiu de afecțiune renală care necesită dializă temporară;

- l.** implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil: intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis: angioplastie, angioplastia percutana transluminală coronariană, stent coronarian; intervențiile chirurgicale care folosesc cateter, de exemplu valvuloplastie percutană cu balonaș; orice alte tehnici care nu necesită intervenție chirurgicală pe torace deschis;
- m.** boala Alzheimer: demența/pierderea progresivă a memoriei apărută în cadrul altor boli psihice, tulburări de comportament (halucinații, anxietate) asociate unor boli psihice (depresie, sindrom maniac-depresiv, schizofrenie, parafrenie etc.) tulburări de memorie/deteriorarea funcției psihice datorate unor encefalite, substanțe toxice, medicamentoase, etilismului cronic sau unui traumatism craniocerebral;
- n.** orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării prezentei asigurări suplimentare.

