



T: (+ 40) 31 423 00 80; F: (+ 40) 31 418 40 84



www.eurolife-asigurari.ro



asigurari@eurolife-asigurari.ro

**Condițiile generale ale contractului de asigurare de grup nenominal Respect
atașat cardurilor de combustibil acordate de Affinity Transport Solutions****Art. 1. Prevederi introductive**

Prezentele condiții contractuale sunt aferente produsului de asigurare de grup nenominal *Respect* oferit de Eurolife FFH Asigurări de Viață și se aplică pe toată durata valabilității contractului.

Pentru clarificări sau informații suplimentare, vă stăm la dispoziție la telefon 0314230080, e-mail: asigurari@eurolife-asigurari.ro sau la adresa de corespondență: Eurolife FFH Asigurari de Viață, strada Vasile Lascar, nr. 31, Lascar 31 Business Center, etajul 10 și 11, sector 2, Bucuresti.

Art. 2. Principalii termeni folosiți în cadrul prezentelor Condiții și definițiile acestora

2.1. Accident: Orice eveniment imprevizibil, violent și independent de voința Asiguratului, care îi produc acestuia vătămări corporale ca urmare a acțiunii bruște a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici) sau chimici. În baza contractului de grup sunt acoperite numai accidentele produse în perioada de valabilitate a poliței de asigurare.

Infecțiile de orice fel (virale, bacteriene, fungice etc.) și accidentul vascular cerebral nu sunt considerate a fi accidente în accepțiunea prezentelor condiții de asigurare și nu vor fi despăgubite.

2.2. Asigurat (membru al Grupului Asigurabil): Persoana fizică ce îndeplinește toate criteriile de acceptare și este preluată în asigurare de către Asigurător. Asigurat poate fi șoferul angajat al Clientului Contractantului care utilizează un card DKV de la Contractant sau orice persoană fizică asimilată angajatului șofer (asociat, colaborator, client sau membru al organizației etc) cu calitate activă în prestația asumată față de Clientul Contractantului, încadrată în baza unui contract bilateral încheiat cu Clientul Contractantului sau care semnează un act de adeziune la grup, contract sau formular încheiat cu cel puțin 30 de zile înainte de data intrării în asigurare.

2.3. Asigurător: Eurolife FFH Asigurări de Viață, denumită în cele ce urmează Eurolife sau Asigurător.

2.4. Beneficiar: Persoana căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în cazul producerii Evenimentului asigurat, respectiv Asiguratul pentru toate riscurile asigurate, cu excepția decesului din accident și a decesului din orice cauză pentru care beneficiari sunt mostenitorii Asiguratului.

2.5. Cererea de asigurare: Formular tipizat ce conține date despre Asigurător, este completat de către Contractant cu structura grupului asigurat și conține informații necesare evaluării riscului asigurabil. Acest document reprezintă manifestarea de voință și consimțământul Contractantului în vederea încheierii contractului de asigurare.

2.6. Contractant: Persoana juridică având un interes asigurabil în legătură cu Grupul Asigurabil, care are capacitatea legală de a contracta și care încheie Contractul de Asigurare împreună cu Asigurătorul, în numele și în interesul Asiguraților și se obligă să plătească prima de asigurare. În înțelesul prezentului contract, Contractantul este Affinity Transport Solutions.

2.7. Client al Contractantului: persoana juridică română care contractează un card de combustibil DKV de la Contractant și care împreună cu Contractantul are interes asigurabil în legătură cu Grupul Asigurabil și care se angajează să înștiințeze pe fiecare persoană asigurată despre beneficiul acordat de către Contractant, despre condițiile de asigurare, precum și despre modalitatea prin care acesta poate profita de beneficiile unei astfel de asigurări.

2.8. Data de intrare în vigoare: Data începerii preluării riscului producerii Evenimentului asigurat de către Asigurător.

2.9. Eveniment asigurat: Eveniment produs ca urmare a unui risc asigurat, pe durata Perioadei de valabilitate a Contractului de asigurare, în urma căruia Beneficiarul are dreptul de a primi Indemnizația de asigurare, conform prezentelor condiții.

2.10. Grup asigurat: toți angajații Clientilor Contractantului cu funcția de șofer și posesor/utilizator al cardului DKV oferit de către Contractant.

2.11. Îmbolnăvire: Modificarea organică sau funcțională a stării de sănătate, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate.

2.12. Indemnizația de asigurare: Suma de bani plătită Beneficiarului de către Asigurător în cazul producerii evenimentului asigurat.

2.13. Interes asigurabil: Cerința esențială pentru valabilitatea contractului de asigurare și 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.

2.14. Luna de asigurare: Fiecare termen de 1 luna calendaristică, ce se calculează de la Data intrării în vigoare a Poliței de asigurare.

2.15. 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 în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.

2.16. 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 în care valoarea indemnizației de asigurare depășește această limită, Asigurătorul este exonerat de plata sumelor suplimentare.

2.17. Perioada de grație: Perioada de timp în care Contractul de asigurare este valabil, chiar dacă prima de asigurare nu a fost plătită în termenele menționate în Poliță.

2.18. Perioada de valabilitate a Contractului de asigurare: Perioada de timp în care rămân valabile raporturile de asigurare dintre Contractantul asigurării și Asigurător, așa cum au fost ele stabilite în contractul de asigurare.

2.20. Polița de asigurare: Document emis de Asigurător pentru Contractant (Affinity Transport Solutions) care confirmă încheierea contractului de asigurare.

2.21. Prima de asigurare: Costul asigurării pe care Contractantul trebuie să îl achite la scadențele menționate în Polița de asigurare, astfel încât contractul de asigurare să fie valabil.

2.22. Suma asigurată: Suma menționată în Polița de asigurare care reprezintă valoarea maximă a indemnizației de asigurare ce poate fi plătită Beneficiarului în cazul producerii evenimentului asigurat.

Art. 3. Obiectul asigurării este reprezentat de viața și sănătatea Asiguratului.

Art. 4. Criteriile de acceptare în asigurare

Este eligibilă pentru a fi preluată în asigurare persoana fizică ce îndeplinește cumulativ următoarele criterii:

- Are vârsta, la data preluării în asigurare, la emiterea/reînnoirea contractului de asigurare, cuprinsă între 18 și 65 ani.
- Este angajat activ al Clientului Contractantului cu funcția de șofer și utilizează cardul DKV; cerința de «activ» este îndeplinită dacă la data preluării în asigurare angajatul șofer al Clientului Contractantului este apt și nu este împiedicat din motive medicale să își îndeplinească atribuțiile specifice funcției deținute.
- Nici unul dintre membrii grupului nu a fost în concediu medical pentru aceeași cauză pe o perioadă mai mare de 30 de zile în ultimul an calendaristic.

Nu vor fi preluate în asigurare următoarele persoane (iar dacă dintr-o eroare, omisiune acestea au fost preluate, asigurarea nu va fi considerată ca fiind în vigoare):

- Care nu sunt utilizatori ai unui card DKV preluat în asigurare;
- 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, certificate prin documente oficiale;
- afectate de epilepsie, delirium tremens, alte boli psihice;
- afectate de alcoolism, toxicomanie;

Art. 5. Care sunt Riscurile asigurate

Riscurile asigurate prin contractul de asigurare Respect și definite în condițiile generale și specifice sunt:

- Asigurarea de baza, obligatorie în schema de beneficii:
 - Decesul din orice cauză (îmbolnăvire sau accident);
- Asigurările suplimentare care sunt atașate asigurării de bază:
 - Decesul ca urmare a unui accident;
 - Invaliditatea parțială permanentă ca urmare a unui accident;
 - Spitalizarea ca urmare a unui accident;
 - Telemedicină.

Riscurile menționate mai sus sunt acoperite doar pe durata cursei de transport conform sarcinilor de serviciu primite de la angajator, respectiv Clientul Contractantului.

6.4. Obligațiile Contractantului.

Contractantul asigurării, Affinity Transport Solutions, este obligat să:

- furnizeze Asigurătorului următoarele documente:
 - Certificatul de înregistrare al firmei la Registrul Comerțului;
 - Împuternicire pentru persoana care reprezintă societatea, dacă aceasta nu este reprezentantul legal;
- achite prima de asigurare la datele scadente și în sumele specificate în Polița de Asigurare;
- comune Clientului său care contractează cardul DKV pentru ca acesta să puna la dispoziția tuturor membrilor grupului asigurat, toate informațiile privind contractul de asigurare, inclusiv orice modificări apărute pe durata contractului de asigurare;
- să includă în Asigurare doar pe acei angajați cu funcția de șofer și utilizatori ai cardului DKV care îndeplinesc condițiile de eligibilitate arătate în aceste condiții, iar pentru cardurile folosite nu sunt înregistrate restanțe la plată.

6.5. Asigurătorul își rezervă dreptul ca la momentul instrumentării dosarului de daună să verifice îndeplinirea Grupului Asigurabil a condițiilor cumulative de eligibilitate.

Art. 7. Începerea, durata și încetarea acoperirii față de Asigurat

7.1 Intrarea în vigoare. Pentru fiecare Asigurat în parte, Data intrării în vigoare a asigurării este ora 00.00 a scadenței contractului de grup de la care a fost raportat în asigurare cardul de combustibil al cărui utilizator este, cu condiția îndeplinirii cumulative a Condițiilor de eligibilitate și a achitării primei inițiale de asigurare de către Contractant conform fluxului administrativ;

7.2 Durata de acoperire a riscurilor. Asigurarea are o durată de o lună calendaristică și se reînnoiește automat pentru o nouă perioadă de o lună calendaristică, cu condiția achitării primelor de asigurare la datele scadente, atât timp cât cardul de combustibil DKV este activ, iar contractul de grup încheiat între Asigurător și Contractant este în vigoare. Asigurarea este valabilă pe perioada tuturor lunilor contractuale pentru care se reînnoiește.

7.3 Încetarea calității de Asigurat. Calitatea de Asigurat în baza contractului de asigurare de grup și respectiv acoperirea riscului producerii Evenimentului asigurat încetează deplin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești în următoarele cazuri:

- În cazul încetării prezentului contract de grup încheiat între Asigurat și Contractant, dar numai după încetarea valabilității polițelor de asigurare care sunt încă în vigoare la data încetării contractului;
- În cazul în care Asiguratul furnizează declarații false și/sau informații incomplete cu privire la istoricul său medical;
- Prin denunțarea unilaterală a contractului de către Asigurat. Contractul își va înceta efectele la data următoarei scadențe de plată lunară;
- La data închiderii cardului de combustibil DKV al cărui utilizator este;
- La data producerii Evenimentului asigurat reprezentat de Deces sau Invaliditate totală permanentă din accident, oricare se produce primul;
- În cazul în care Asiguratul decide, într-un termen de 20 de zile calendaristice de la Data intrării în vigoare a asigurării, să renunțe la asigurare;
- În cazul în care datele de identificare personale ale Asiguratului se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și juridice suspecte de savârșirea sau finanțarea actelor de terorism;
- La prima scadență ulterioară împlinirii vârstei de 65 de ani de către Asigurat.

Acoperirea riscurilor în ceea ce privește Asiguratul încetează la ora 24:00 a zilei calendaristice în care încetează calitatea sa de Asigurat, în conformitate cu prevederile Art. 7.3. de mai sus. Încetarea calității de Asigurat față de unul dintre Asigurați nu duce la încetarea Contractului de asigurare față de restul Asiguraților.

Art. 8. Prima de asigurare

8.1. Contractantul este răspunzător pentru plata primelor de asigurare. În cazul în care prima de asigurare scadentă nu este încasată integral, contractul de asigurare se considera neplătit. Plățile primelor de asigurare vor fi considerate a fi efectuate în momentul încasării acestora.

8.2. Prima de asigurare va fi calculată la fiecare reînnoiere lunară a grupului asigurat în funcție de numărul de carduri DKV active incluse în asigurare, conform situațiilor lunare transmise de către Contractant.

În calculul primelor, Asigurătorul folosește date statistice referitoare la frecvența de apariție a evenimentelor. Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica valoarea primei de asigurare atunci când există condiții obiective care afectează portofoliul de contracte de tip Respect. Noua primă va intra în vigoare de la următoarea reînnoiere, cu notificarea prealabilă Contractantului.

8.3. Întârzierea plății primelor de asigurare

În cazul în care Contractantul nu achită primele de asigurare la scadență, Asigurătorul acordă o perioadă de grație de 10 de zile pentru plata acestora. În această perioadă riscurile asigurate sunt acoperite.

În cazul în care primele nu sunt plătite în perioada de grație, Asiguratorul va suspenda acoperirea riscului de la data expirării perioadei de grație. Acoperirea poate fi repusă în vigoare într-o perioadă de maximum 90 de zile de la cea mai veche scadență neachitată, prin plata retroactivă a primelor de asigurare.

La împlinirea a 90 de zile de la cea mai veche scadență neachitată, Asigurătorul va rezilia contractul de asigurare, fără altă înștiințare prealabilă. După rezilierea contractului nu mai este posibilă repunerea acestuia în vigoare.

Art. 9. Cum se procedează în cazul unui Eveniment asigurat

9.1. Anunțarea Evenimentului asigurat

Asigurătorul va fi înștiințat în scris, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea Evenimentului asigurat.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Beneficiarul se obligă să pună la dispoziția Asigurătorului următoarele documente:

- (a) adeverință emisă de către angajator, din care să reiasă că Asiguratul a îndeplinit condițiile de eligibilitate la data intrării în asigurare și este eligibil pentru avizarea evenimentului asigurat, respectiv confirmarea calității de Angajat/Dependent, membru al grupului asigurat precum și a perioadei de includere în contractul de grup;
- (b) documente emise de autoritățile competente care să ateste producerea Evenimentului asigurat: copie legalizată a certificatului de deces, copia certificatului medical constatator al decesului;
- (c) copia actului de identitate a persoanei de contact privind dosarul de despăgubire;
- (d) copie a unui act de identitate al fiecărui Beneficiar, datată și semnată în original de Beneficiar;
- (e) documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat din Imbolnavire: fișa de consultații medicale emisă de către medicul de familie, bilete de ieșire din spital/ Investigații paraclinice/ alte documente medicale;
- (f) documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat din Accident: documente eliberate de autoritățile competente care să ateste circumstanțele producerii accidentului, valoarea alcoolemiei (dacă a fost impusă prin lege), precum și concluziile finale ale anchetei;
- (g) informațiile bancare ale fiecărui Beneficiar (număr de cont, banca, sucursala), dateate și semnate conform cu originalul de către fiecare Beneficiar;
- (h) orice alte documente cerute de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

Dacă Beneficiarul refuză să furnizeze Asigurătorului informațiile și documentele solicitate, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare.

În cazul în care documentele justificative sunt eliberate în afara teritoriului României, în altă limbă, acestea vor fi trimise în copie, împreună cu traducerea legalizată în limba română. Traducerea legalizată trebuie să fie trimisă Asigurătorului în original. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga pe cont propriu circumstanțele de producere a evenimentului asigurat, în scopul determinării obligației sale de plată.

Dacă Evenimentul Asigurat este cauzat de un act intenționat al Beneficiarului, împotriva căruia care s-a pronunțat o sentință penală definitivă, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației către Beneficiar. Pe cale de consecință, plata se va face către ceilalți moștenitori legali ai Asiguratului, în conformitate cu legislația română în vigoare referitoare la succesiune. Până la pronunțarea unei hotărâri definitive Asigurătorul poate suspenda obligația de plată.

9.2. Indemnizația de asigurare

9.2.1. Indemnizația de asigurare în caz de deces este platibilă Beneficiarului după producerea Evenimentului asigurat și este egală cu Suma asigurată prevăzută în Polița de Asigurare.

Pentru ca indemnizația de asigurare să fie plătită de Asigurător este necesar ca primele de asigurare aferente contractului de asigurare să fie plătite la zi sau contractul să fie în perioada de grație la momentul producerii Evenimentului asigurat, Accidentul sau Imbolnăvirea ce cauzează producerea Evenimentului asigurat să se fi produs, respectiv să fi fost diagnosticată pe perioada de valabilitate a acoperirii contractuale a Asiguratului, iar Evenimentul asigurat să nu fie exclus de la plata indemnizației.

9.2.2. Indemnizațiile de asigurare convenite pentru orice risc asigurat, cu excepția Decesului, au caracter personal și se plătesc Asiguratului. În cazul Decesului Asiguratului, Indemnizația de asigurare se plătește moștenitorilor legali îndreptățiți să o primească.

9.3. Termenele de plată a indemnizației de asigurare

Indemnizația se plătește într-un termen de 10 zile calendaristice de la data aprobării dosarului de despăgubire de către Asigurător. Plata Indemnizației de asigurare va fi efectuată către Beneficiar, doar prin virament bancar, în România și în lei. Pentru Dependenții minori plata se va face în contul părintelui sau reprezentantului legal al acestuia.

Dacă pentru accidentul în cauză s-a început o anchetă sau procedură penală, Asigurătorul are dreptul să amâne plata Indemnizației de asigurare, până la finalizarea anchetei sau procedurii.

Art. 10. Când nu se plătește despăgubirea (Excluderi)

Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare în următoarele situații:

- 10.1. În cazul în care Asiguratul, Contractantul sau Beneficiarul au furnizat declarații false/incorecte/incomplete.
- 10.2. În cazul în care Evenimentul este cauzat direct sau indirect de război (declarat sau nu), invazie, acțiuni ale altor state, ostilități sau operațiuni similare unui război (fie că războiul a fost declarat sau nu), terorism, război civil, răsccoală, mișcare socială de proporțiile unei răscioane, revoltă militară, insurecție, rebeliune, revoluție, lovitură de stat sau instaurarea unei dictaturi militare, declararea legii marțiale sau a stării de asediu, precum și participarea activă la acte de violență sau sabotaje;
- 10.3. În cazul în care Evenimentul asigurat se produce în zone de conflict sau embargou internațional;

10.4. În cazul în care Evenimentul asigurat se produce în țări cu risc ridicat, conform alertelor de călătorie emise de Ministerul Afacerilor Externe;

10.5. În cazul în care Evenimentul asigurat este cauzat de către orice fel de reacție nucleară sau radioactivitate;

10.6. În cazul în care Evenimentul asigurat are loc ca urmare a participării Asiguratului la săvârșirea oricărei contravenții/infracțiuni (autor, coautor, instigator sau complice), așa cum sunt acestea definite de Codul Penal în vigoare sau de alte legi speciale, precum și în timpul sustragerii de la cercetarea/urmărirea penală pentru asemenea fapte;

10.7. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs ca urmare a suicidului, tentativei de suicid, acțiunii de auto-vătămare, indiferent de starea de sănătate psihică și psihologică a Asiguratului;

10.8. În cazul în care Evenimentul asigurat are loc din cauza participării la activități periculoase sau practicării de către Asigurat a unor sporturi periculoase de orice natură și indiferent de forma de manifestare (concursuri, demonstrații, antrenamente), precum: alpinism (inclusiv drumeții la înalțimi mai mari de 4.000 metri), cataratul pe gheata, ski extrem, snowboarding extrem/acrobatic, coborâre extrema cu bicicleta, calarie, parașutism, scufundări, rafting, bob (bobsleigh), sanie (skeleton), speologie, sărituri cu coarda elastică, surf și windsurf, parapantă, planorism, vânătoare, arte marțiale, acrobație, cascadorie, sporturi extreme, box sau alte sporturi de contact asemenea, practicarea de sporturi care implică/folosesc aparate de zbor, vehicule cu motor, participarea ca pilot, copilot sau ocupant al unui loc în autovehicule care participă la curse, angajarea în curse de zbor, altele decât cele operate de companiile aeriene pentru pasageri;

10.9. În cazul participării Asiguratului la acțiuni hazardate, prin acestea înțelegându-se activități care implică riscuri sau la care Asiguratul a participat, deși acesta nu dispunea de cunoștințele, mijloacele sau pregătirea necesare îndeplinirii lor, cum ar fi (cu titlu exemplificativ și nu limitativ): schimbarea/repararea instalației electrice, manevrarea necorespunzătoare a unor aparate, conducerea autovehiculului fără permis de conducere, fără abilitatea legală a conducerii acelei categorii de autovehicule, pe perioada suspendării permisului de conducere sau conducerea sub influența băuturilor alcoolice, practicarea de sporturi sau hobby-uri în condiții de nesiguranță care pun viața în pericol, manipularea armelor, a substanțelor explozive, inflamabile și/sau toxice, în lipsa unei calificări de specialitate corespunzătoare, etc.;

10.10. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs ca urmare a consumului de alcool, a utilizării unor medicamente sau substanțe cu efect psihoactiv, narcotice sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă, consumului de droguri sau altor substanțe care creează dependență;

10.11. În cazul în care Asiguratul suferă de boli psihice, tulburări psihologice, mentale sau comportamentale, diagnosticate ca atare de către un medic de specialitate, iar evenimentul asigurat a fost cauzat direct sau indirect de către acestea;

10.12. Nerespectarea de către Asigurat a recomandărilor și/sau tratamentului indicat de medicul curant pentru tratarea deficiențelor fizice sau functionale aparute ca urmare a imbolnavirii sau accidentului;

10.13. În cazul în care evenimentul asigurat a fost determinat de orice boală infecțioasă, cu excepția virusului SARS Cov2(Covid19), indiferent de modul de transmitere și cu excepția complicațiilor infecțioase ale plăgilor post-traumatice;

10.14. În cazul evenimentelor determinate de participarea la experimente medicale, studii clinice, declarate sau nu ca atare;

10.15. În cazul evenimentelor produse de nefolosirea sau neîntreținerea echipamentelor de siguranță;

10.16. În cazul în care Evenimentul asigurat nu a avut loc pe durata cursei de transport conform sarcinilor de serviciu primite de la angajator, respectiv Clientul Contractantului.

Art. 11. Alte informații despre asigurare

11.1. Valoarea de răscumpărare și participarea la profit. Acest tip de contract de asigurare nu are valoare de răscumpărare. De asemenea, contractul nu beneficiază de bonusuri sau participare la profit, nici de sumă asigurată redusă.

11.2. Legislația aplicabilă. Contractul de asigurare este guvernat de legislația română în vigoare.

11.3. Prevederi din legislația fiscală. Primele de asigurare nu sunt purtătoare de TVA. În ceea ce privește despăgubirile încasate din asigurări, acestea nu se impozitează.

11.4. Comunicarea între părți. Orice notificare, solicitare și, în general, toate comunicările efectuate între părți în legătură cu contractul de asigurare vor fi efectuate în scris și vor fi comunicate fie prin scrisori, fie prin e-mail. Asigurătorul își rezervă dreptul de a menține o comunicare transparentă cu clienții și prin SMS.

Asigurătorul este obligat să accepte cu efect juridic documentele care i-au fost trimise în vederea încheierii contractului sau ulterior intrării lui în vigoare, numai dacă au fost prezentate în formă scrisă, în original. Respectivele documente au efect juridic numai dacă se face dovada că au fost recepționate de Asigurător.

Contractantul are obligația să informeze Asigurătorul în scris în legătură cu orice modificare a datelor personale și de contact, pentru sine sau Asigurați, în termen de 30 de zile calendaristice. În caz contrar, Asigurătorul este îndreptățit să trimită toată corespondența la ultima adresă cunoscută.

Contractantul este de acord ca orice modificare a datelor de identificare ale Eurolife, cum ar fi, dar nelimitat la denumire, forma juridică, sediul social, telefon sau orice alte date de identificare, să fie aduse la cunoștința acestuia fie prin menționarea acestora pe pagina de web a Eurolife FFH Asigurări de Viață (www.eurolife-asigurari.ro), fie prin transmiterea de către Eurolife a unei notificări către Contractant cu privire la modificările intervenite.

Toate informațiile și/sau rapoartele pe care Eurolife FFH Asigurări de Viață trebuie să le publice conform cerințelor legislației în vigoare sunt și/sau vor fi disponibile pentru consultare pe pagina de internet a Asiguratorului: www.eurolife-asigurari.ro.

11.5. Competența instanțelor de judecată. Toate litigiile decurgând din sau în legătură cu Contractul de asigurare vor fi soluționate de instanțele competente române.

11.6. Soluționarea petițiilor. Orice nemulțumire din partea Contractantului și/sau a Asiguratului va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest scop, nemulțumirea va fi formulată în scris și transmisă prin fax, e-mail sau scrisoare către Asigurator ori prin intermediul aplicației de “Sugestii și Reclamații” de pe site-ul www.eurolife-asigurari.ro. Petiția (inclusiv în cazul în care aceasta este în formă electronică) trebuie să conțină cel puțin următoarele date de identificare: numele/prenumele și CNP-ul petentului. Eurolife FFH Asigurări de Viață va răspunde petentului, în scris, în termen de 30 zile de la data înregistrării la sediu a reclamației. Dacă din punctul de vedere al petentului, răspunsul Asiguratorului nu răspunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri, în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În cazul în care nu este posibilă soluționarea cazului pe cale amiabilă, petentul se poate adresa și Autorității de Supraveghere Financiară (ASF).

11.7. Soluționarea alternativă a litigiilor. De asemenea, în cazul în care nu s-a reușit soluționarea petiției pe cale amiabilă, aveți dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor prin intermediul SAL-FIN, care organizează și administrează proceduri de soluționare alternativă a litigiilor prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Prezenta prevedere nu va constitui o restrângere a dreptului Contractantului și/sau a Asiguratului de a recurge la procedurile judiciare legale. Pentru mai multe detalii puteți consulta prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți.

11.8. Fondul de Garantare. În vederea protejării Beneficiarilor asigurării, prin contribuția Asiguratorilor (inclusiv a Eurolife FFH Asigurări de Viață), în baza prevederilor legale în materie (Legea 213/2015), s-a constituit Fondul de Garantare. Sumele acumulate sunt destinate plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, în cazul constatării insolvabilității Asiguratorului, conform prevederilor legale.

11.9. Protecția datelor cu caracter personal. Datele cu caracter personal (inclusiv informațiile cu caracter medical) furnizate de către Contractant și/sau Asigurat vor fi prelucrate de către Asigurator cu respectarea prevederilor de Regulamentului general privind protecția datelor 679/2016. Informații detaliate cu privire la categoriile de date prelucrate, destinatarii, drepturile persoanelor vizate, scopurile în care sunt prelucrate datele cu caracter personal, precum și transferul acestor date se regăsesc în cadrul Certificatului de asigurare.

Condițiile specifice pentru asigurarea suplimentară de Telemedicină

Art. 1. Prevederi introductive

Asigurarea suplimentară de Telemedicină este guvernată de prezentele Condiții specifice, care formează parte integrantă a contractului de asigurare.

Încheierea prezentei asigurări suplimentare este condiționată de încheierea contractului de asigurare de bază. Condițiile generale ale contractului de asigurare de viață **Respect** sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentei asigurări suplimentare.

Art. 2. Principalii termeni folosiți în cadrul prezentelor Condiții și definițiile acestora

2.1. Beneficiar: Persoana căreia îi vor fi oferite serviciile medicale de telemedicină. În cazul prezentei asigurări suplimentare beneficiari sunt Asiguratul și Dependenții acestuia.

2.2. Eveniment asigurat: Efectuarea de servicii de telemedicină.

Art. 3. Obiectul asigurării este reprezentat de starea de sănătate a Asiguratului.

Art. 4. Cum se procedează în cazul unui Eveniment asigurat

4.1. Pentru activarea serviciilor medicale este necesară o perioadă de 5 (cinci) zile lucrătoare de la momentul primirii de către Asigurator a tuturor documentelor necesare din partea Contractantului.

4.2. Pentru a beneficia de serviciile de telemedicină nu este necesar ca Asiguratul să anunte Asiguratorul.

4.3. Serviciile de telemedicină sunt oferite de compania Telios și cuprind consultații, tratament, monitorizare. Serviciile medicale de telemedicină ofera Asiguratului acces nelimitat prin telefon, platforma online și aplicație mobilă Telios.

4.4. Pentru a accesa serviciile de telemedicină este necesar ca Asiguratul să își activeze în prealabil contul. Ulterior, în caz de nevoie, poate beneficia de serviciile de telemedicină sunând la numărul de telefon al Telios, 0373 78 78 00.

Art. 5. Alte informații despre asigurare

5.1. Valoarea de răscumpărare și participarea la profit. Asigurarea suplimentară de Telemedicină nu are valoare de răscumpărare. De asemenea, contractul nu beneficiază de bonusuri sau participare la profit, nici de sumă asigurată redusă.

Condițiile specifice pentru asigurarea suplimentară Spitalizare continuă din accident

Art. 1. Prevederi introductive

Asigurarea suplimentară de Spitalizare din accident este guvernată de prezentele Condiții specifice, care formează parte integrantă a contractului de asigurare.

Încheierea prezentei Asigurări suplimentare este condiționată de încheierea contractului de asigurare de bază. Condițiile generale ale contractului de asigurare de viață **Respect** sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentei asigurări suplimentare.

Prezentele condiții specifice de asigurare sunt valabile și se aplică atât pe teritoriul României cât și în afara acesteia.

Art. 2. Principalii termeni folosiți în cadrul prezentelor Condiții și definițiile acestora

2.1. **Beneficiar:** Persoana căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în cazul producerii Evenimentului asigurat. În cazul asigurării suplimentare de Spitalizare din accident, Beneficiar este Asiguratul.

2.2. **Eveniment asigurat:** Spitalizarea asiguratului ca urmare a unui accident.

2.3. **O zi de spitalizare:** Intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat în Spital în urma internării.

Ca excepție, prima zi de spitalizare începe la data internării Asiguratului și se termină la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare, iar ultima zi de spitalizare începe la ora 00:00 și se termină la momentul externării.

2.4. **Spital:** Instituție sanitară care îndeplinește concomitent următoarele cerințe:

- Funcționează în temeiul legii, în cadrul sistemului medical public sau privat și în condiții de deplină autorizare și/sau acreditare;
- Acordă permanent asistență medicală de specialitate (pentru diagnosticul și tratamentul medical sau chirurgical al persoanelor bolnave sau accidentate) prin personal calificat: medici specialiști și asistenți medicali cu diplomă recunoscută și cu drept de exercitare a profesiei;
- Dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament;
- Ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea evoluției zilnice și a procedurilor terapeutice care se execută pentru fiecare pacient.

Nu se consideră a fi spital instituțiile destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri, sanatoriile (balneo-climaterice, TBC, recuperare neuro-psihiomotorie), instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, instituții de reabilitare, azilele pentru bătrâni.

2.5. **Spitalizare:** Perioada în care o persoană este internată într-un Spital pentru a beneficia de asistență medicală de specialitate.

Art. 3. Obiectul asigurării este reprezentat de starea de sănătate a Asiguratului.

Art. 4. Cum se procedează în cazul unui Eveniment asigurat

4.1. **Anunțarea Evenimentului asigurat.** Asigurătorul va fi înștiințat în scris, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea Evenimentului asigurat. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Beneficiarul se obligă să pună la dispoziția Asigurătorului următoarele documente:

- Copie certificată cu originalul a biletului de ieșire din spital;
- Documente eliberate de autoritățile competente care să ateste circumstanțele producerii accidentului, valoarea alcoolemiei (dacă a fost impusă prin lege), precum și concluziile finale ale anchetei;
- Informațiile bancare ale Beneficiarului (număr de cont, banca, sucursala), date și semnate conform cu originalul de Beneficiar;
- Orice alte documente cerute de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

Dacă Beneficiarul refuză să furnizeze Asigurătorului informațiile și documentele solicitate, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare.

În cazul în care documentele justificative sunt eliberate în afara teritoriului României, în altă limbă, acestea vor fi trimise în copie, împreună cu traducerea legalizată în limba română. Traducerea legalizată trebuie să fie trimisă Asigurătorului în original.

4.2. Indemnizația de asigurare

Pentru ca indemnizația de asigurare să fie plătită de către Asigurător este necesar ca primele de asigurare aferente contractului să fie plătite la zi sau contractul să fie în perioada de grație la momentul producerii evenimentului asigurat, iar evenimentul produs să nu se încadreze în niciuna din excluderile pentru care nu se plătește despăgubirea.

Accidentul ce cauzează Spitalizarea Asiguratului trebuie să se producă după data intrării în vigoare a prezentei asigurări suplimentare, iar Spitalizarea trebuie să se producă pe perioada de valabilitate a asigurării suplimentare, în maximum 1 (un) an calendaristic de la data Accidentului care a cauzat-o.

Indemnizația de asigurare ce se va plăti beneficiarului este suma asigurată aferentă unei zile de spitalizare înmulțită cu numărul de zile de spitalizare. Sunt acoperite maximum 20 zile de spitalizare, atât pentru un eveniment cât și pentru mai multe evenimente survenite în același an contractual, ca urmare a unui accident sau a mai multor accidente.

Plata indemnizației se va efectua pentru întreaga perioadă a spitalizării, cu condiția ca aceasta să fie de minim 1 zi (24 de ore). Spitalizarea mai scurtă de 24 de ore nu este acoperită, ceea ce înseamnă că nu se va plăti indemnizația de asigurare.

Art. 5. Când nu se plătește despăgubirea

Pe lângă excluderi din condițiile generale ale contractului de bază, art. 10, următoarele excluderi sunt aplicabile asigurării suplimentare de Spitalizare din accident și astfel, indemnizația de asigurare nu se plătește nici în aceste cazuri:

- 5.1. În caz de tentativă de sinucidere sau în caz de autoagresiune, indiferent de starea de sănătate psihică și psihologică a Asiguratului;
- 5.2. În cazul în care spitalizarea Asiguratului a survenit după 1 (un) an de la data producerii Accidentului;
- 5.3. În cazul spitalizării în scop de reabilitare sau balneo-fizioterapie;
- 5.4. În cazul spitalizării pentru arsuri de gradul I;
- 5.5. În cazul spitalizării pentru tratamente cosmetice și estetice, inclusiv corecțiile cu scop estetic ale leziunilor posttraumatice (ex. cicatrici etc.);
- 5.6. În cazul spitalizării pentru intervențiile de extragere a corpurilor străine de la nivelul conjunctivei, corneei, foselor nazale, conductului auditiv extern;
- 5.7. În cazul spitalizării legate de naștere, întrerupere voluntară sau involuntară a sarcinii, inclusiv consecințele acestora;
- 5.8. În cazul în care afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului nu este cauzată direct de un Accident;
- 5.9. În cazul în care afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului este cauzată direct de un Accident produs anterior intrării în vigoare a Asigurării Suplimentare
- 5.10. În cazul în care spitalizarea Asiguratului a survenit ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni preexistente acestuia
- 5.11. În cazul în care accidentul care a determinat spitalizarea nu a avut loc pe durata efectuării cursei de transport rutier conform atribuțiilor date de angajator.

Art. 6. Alte informații despre asigurare

6.1. Valoarea de răscumpărare și participarea la profit. Asigurarea suplimentară de Spitalizare din accident nu are valoare de răscumpărare. De asemenea, contractul nu beneficiază de bonusuri sau participare la profit, nici de sumă asigurată redusă.

Condițiile specifice pentru asigurarea suplimentară Invaliditate permanentă din accident

Art. 1. Prevederi introductive

Asigurarea suplimentară de Invaliditate permanentă din accident este guvernată de prezentele Condiții specifice, care formează parte integrantă a contractului de asigurare.

Încheierea prezentei Asigurări suplimentare este condiționată de încheierea contractului de asigurare de bază. Condițiile generale ale contractului de asigurare de viață **Respect** sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentei asigurări suplimentare.

Art. 2. Principalii termeni folosiți în cadrul prezentelor Condiții și definițiile acestora

2.1. **Beneficiar:** Persoana căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în cazul producerii Evenimentului asigurat. În cazul asigurării suplimentare de Invaliditate permanentă din accident beneficiar este Asiguratul.

2.2. **Eveniment asigurat:** Invaliditatea permanentă din accident al Asiguratului.

2.3. **Invaliditate permanentă:** O deteriorare (fizică, neuro-psihică, senzorială) permanentă, ireversibilă, apărută ca urmare a unui accident în care a fost afectată integritatea corporală, așa cum este prevăzută expres și limitativ în Anexa Nr. 1.

Art. 3. Obiectul asigurării este reprezentat de starea de sănătate a Asiguratului.

Art. 4. Cum se procedează în cazul unui Eveniment asigurat

4.1. Anunțarea Evenimentului asigurat.

Asigurătorul va fi înștiințat în scris, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea Evenimentului asigurat. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Beneficiarul se obligă să pună la dispoziția Asigurătorului următoarele documente:

- (a) Documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat: bilete de ieșire din spital/ Investigații paraclinice/ alte documente medicale care să ateste Invaliditatea suferită;
- (b) Raport medical întocmit de medicul curant, în copie conformă cu originalul, cu următoarele precizări: diagnosticul complet, tipul invalidității (permanentă sau temporară), tratamentul efectuat;
- (c) Documente eliberate de autoritățile competente care să ateste circumstanțele producerii accidentului, valoarea alcoolemiei (dacă a fost impusă prin lege), precum și concluziile finale ale anchetei;
- (d) Informațiile bancare ale Beneficiarului (număr de cont, banca, sucursala), date și semnate conform cu originalul de Beneficiar;
- (e) Orice alte documente cerute de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

Dacă Beneficiarul refuză să furnizeze Asigurătorului informațiile și documentele solicitate, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare.

În cazul în care documentele justificative sunt eliberate în afara teritoriului României, în altă limbă, acestea vor fi trimise în copie, împreună cu traducerea legalizată în limba română. Traducerea legalizată trebuie să fie trimisă Asigurătorului în original.

4.2. Indemnizația de asigurare

Indemnizația de asigurare este un procent din Suma asigurată aferentă prezentei asigurări suplimentare, în vigoare la data producerii Evenimentului asigurat, menționată în Polița de asigurare și calculat în conformitate cu prevederile Anexei 1 a prezentelor Condiții specifice. Procentul maxim de despăgubire pe an contractual este de 100% din Suma asigurată aferentă prezentei asigurări suplimentare.

Pentru ca indemnizația de asigurare să fie platibilă este necesar ca primele de asigurare aferente contractului de asigurare să fie plătite la zi sau contractul să fie în perioada de grație la momentul producerii Evenimentului asigurat, iar Evenimentul asigurat să nu fie exclus de la plata indemnizației.

Accidentul ce cauzează Invaliditatea permanentă a Asiguratului trebuie să se producă după data intrării în vigoare a prezentei asigurări suplimentare, iar Invaliditatea permanentă trebuie să se producă pe perioada de valabilitate a asigurării suplimentare, în maximum 1 (un) an calendaristic de la data Accidentului care a cauzat-o.

Art. 5. Când nu se plătește despăgubirea

Pe lângă excluderi din condițiile generale ale contractului de bază, art. 10, următoarele excluderi sunt aplicabile asigurării suplimentare de Invaliditate permanentă din accident și astfel, indemnizația de asigurare nu se plătește nici în aceste cazuri:

5.1. În cazul în care Invaliditatea permanentă a Asiguratului a survenit ulterior expirării unui termen de 1 (un) an de la data producerii accidentului;

5.2. În cazul în care Invaliditatea permanentă a Asiguratului s-a produs ca urmare a unui accident suferit anterior datei intrării în vigoare a acoperirii contractuale sau ulterior zilei expirării acoperirii contractuale.

5.3. În cazul în care Invaliditatea permanentă a Asiguratului nu a fost cauzată direct de un Accident.

5.4. În caz de tentativă de suicid sau în caz de autoagresiune/automutilare, indiferent de starea de sănătate psihică și psihologică a Asiguratului.

5.5. În cazul în care accidentul care a provocat invaliditatea Asiguratului nu a avut loc pe durata efectuării cursei de transport rutier conform atribuțiilor date de angajator.

Art. 6. Alte informații despre asigurare

6.1. Valoarea de răscumpărare și participarea la profit. Asigurarea suplimentară de Invaliditate permanentă din accident nu are valoare de răscumpărare. De asemenea, contractul nu beneficiază de bonusuri sau participare la profit, nici de sumă asigurată redusă.

Anexa Nr. 1 – Lista de invalidități permanente indemnizate

Procentele din Suma asigurată ce vor fi plătite în cazul unei invalidități permanente din accident sunt următoarele:

Pierderea unui ochi sau pierderea completă, permanentă a vederii pentru un ochi	50%
Pierderea ambilor ochi sau pierderea completă, permanentă a vederii	100%
Pierderea completă, permanentă a auzului, bilateral, cu evidențierea deficienței de auz certificată de audiogramă	100%
Pierderea permanentă a auzului unilateral	25%
Pierderea permanentă a vorbirii (afazie)	100%
Pierderea unui plămân	50%
Pierderea unui lob pulmonar	15%
Pierderea unui segment al unui lob pulmonar	5%
Pierderea unui rinichi	50%
Pierderea ambilor rinichi	100%
Pierderea splinei	10%
Pierderea unui lob hepatic (lobectomie)	25%
Pierderea unui segment al lobului hepatic	5%
Pierderea totală a unui membru superior de la nivelul articulației umărului	50%
Pierderea unui membru superior de la un nivel cuprins între articulația cotului și articulația umărului	30%
Pierderea parțială a unui membru superior de la un nivel cuprins între articulația cotului și articulația radiocarpiană, cu excepția pierderii degetelor	25%
Pierderea unui deget al mâinii, cu excepția degetului mare (policelui)	5%
Pierderea degetului mare al unei mâini (policelui)	10%
Pierderea funcționalității membrelor astfel:	
Monoplegie /monopareză	25%
Paraplegie/parapareză	50%
Hemiplegie/hemipareză	50%
Tetraplegie/tetrapareză	100%
Paralizia totală a nervului median, nervului radial, nervului cubital, nervului circumflex	30%
Paralizia completă a nervului sciatic și a ramurilor sale	50%
Pierderea totală a membrului inferior de la nivelul articulației coxo-femorale	50%
Pierderea unui membru inferior de la nivelul zonei cuprinse între articulația genunchiului și articulația soldului	40%
Pierderea parțială a membrului inferior de la nivelul articulației genunchiului în jos, cu excepția pierderii degetelor	25%
Imobilitatea completă (anchiloza) a uneia dintre următoarele articulații: pumn, cot, umăr, gleznă, genunchi, șold, cu excepția articulațiilor degetelor	30%
Pierderea unui deget de la picior mai puțin a degetului mare (halucelui)	5%
Pierderea halucelui	10%
Deficiențe neuropsihice posttraumatice grave, ireversibile, care persistă la mai mult de 3 luni de la accident și care presupun simptomatologie neuro-psihică severă ce necesită supraveghere medicală permanentă și internări în clinici de specialitate, confirmate de medicul specialist psihiatru	100%
Modificarea integrității unui organ, necesară ca urmare a unui traumatism (traheostomie, anus contra naturii, cistostomie, gastrostomie etc), pentru o perioadă mai mare de șase luni	50%
Deficit posttraumatic de substanță osoasă a calotei craniene, care necesită protezare	15%
Arsuri gradul II, peste 30% din suprafața corpului	10%
Arsuri gradul III, între 15% și 25% din suprafața corpului	50%
Arsuri gradul III și arsuri gradul IV, peste 25% din suprafața corpului	75%
Leziuni toracice majore -fracturi deschise cu leziuni pulmonare asociate și alterări ale funcțiilor vitale (cardio-vasculara, respiratorie etc.)	50%

Fracturi ale pelvisului, cu deplasare și/sau însoțite de leziuni vasculare, nervoase sau ale organelor interne

50%
A FAIRFAX Company

Fracturi ale coloanei vertebrale, cu interesare mielinică, urmate de limitarea funcționalității unui membru, irecuperabile postoperator și în urma tratamentului recuperator efectuat cel puțin 3 luni

50%

T: (+ 40) 31 423 00 80; F: (+ 40) 31 418 40 84

www.eurolife-asigurari.ro

asigurari@eurolife-asigurari.ro

Condițiile specifice pentru asigurarea suplimentara Deces din accident

Art. 1. Prevederi introductive

Asigurarea suplimentară de Deces din accident este guvernată de prezentele Condiții specifice, care formează parte integrantă a contractului de asigurare.

Încheierea prezentei Asigurări suplimentare este condiționată de încheierea contractului de asigurare de bază. Condițiile generale ale contractului de asigurare de viață **Respect** sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentei asigurări suplimentare.

Art. 2. Principalii termeni folosiți în cadrul prezentelor Condiții și definițiile acestora

2.3. **Beneficiar:** Persoana căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în cazul producerii Evenimentului asigurat. În cazul asigurării suplimentare de Deces din accident, Beneficiari sunt moștenitorii Asiguratului.

2.4. **Eveniment asigurat:** Decesul din accident al Asiguratului pe durata efectuării cursei de transport rutier.

Art. 3. Obiectul asigurării este reprezentat de viața Asiguratului.

Art. 4. Cum se procedează în cazul unui Eveniment asigurat

4.1. Anunțarea Evenimentului asigurat.

Asigurătorul va fi înștiințat în scris, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea Evenimentului asigurat. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Beneficiarul se obligă să pună la dispoziția Asigurătorului următoarele documente:

- (a) documente emise de autoritățile competente care să ateste producerea Evenimentului asigurat: copie legalizata a certificatului de deces, copia certificatului medical constatator al decesului;
- (b) copie a unui act de identitate al fiecărui Beneficiar, datata și semnată în original de Beneficiar;
- (c) informațiile bancare ale fiecărui Beneficiar (număr de cont, banca, sucursala), datate și semnate conform cu originalul de către fiecare Beneficiar;
- (d) orice alte documente cerute de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

Dacă Beneficiarul refuză să furnizeze Asigurătorului informațiile și documentele solicitate, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare.

În cazul în care documentele justificative sunt eliberate în afara teritoriului României, în altă limbă, acestea vor fi trimise în copie, împreună cu traducerea legalizată în limba română. Traducerea legalizată trebuie să fie trimisă Asigurătorului în original.

În cazul în care nu a fost stabilit un Beneficiar, plata indemnizației se face către moștenitorii legali ai Asiguratului.

Dacă Evenimentul Asigurat este cauzat de un act intenționat al Beneficiarului, împotriva căruia care s-a pronunțat o sentință penală definitivă, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației către Beneficiar. Pe cale de consecință, plata se va face către ceilalți moștenitori legali ai Asiguratului, în conformitate cu legislația română în vigoare referitoare la succesiune. Până la pronunțarea unei hotărâri definitive Asigurătorul poate suspenda obligația de plată.

4.2. Indemnizația de asigurare

Indemnizația de asigurare este suma asigurată în vigoare la data producerii Evenimentului asigurat, menționată în Polița de asigurare.

Pentru ca indemnizația de asigurare să fie platibilă este necesar ca primele de asigurare aferente contractului de asigurare să fie plătite la zi sau contractul să fie în perioada de grație la momentul producerii Evenimentului asigurat, iar Evenimentul asigurat să nu fie exclus de la plata indemnizației.

4.3. Termenele de plată a indemnizației de asigurare

Indemnizația se plătește într-un termen de 10 zile calendaristice de la data aprobării dosarului de despăgubire de către Asigurător. Plata Indemnizației de asigurare va fi efectuată doar prin virament bancar, în România și în lei, către Asigurat sau în contul părintelui sau reprezentantului legal al Dependentului minor care a suferit accidentul.

Dacă pentru accidentul în cauză s-a început o anchetă sau procedură penală, Asigurătorul are dreptul să amâne plata Indemnizației de asigurare, până la finalizarea anchetei sau procedurii.

Art. 5. Când nu se plătește despăgubirea (Excluderi)

Pe langa excluderi din condițiile generale ale contractului de baza, art. 10, următoarele excluderi sunt aplicabile asigurării suplimentare de Deces din accident și astfel, indemnizația de asigurare nu se plătește nici în aceste cazuri:

- 5.1. În cazul în care decesul Asiguratului s-a produs ca urmare a unui accident suferit anterior datei intrării în vigoare a acoperirii contractuale sau ulterior zilei expirării acoperirii contractuale;
- 5.2. În cazul în care decesul Asiguratului nu a fost cauzat direct de un Accident;
- 5.3. În cazul în care decesul Asiguratului a survenit ulterior expirării unui termen de un an de la data producerii accidentului.
- 5.4. În cazul în care decesul Asiguratului nu a avut loc pe durata efectuării cursei de transport rutier conform atribuțiilor date de angajator.

Art. 6. Alte informații despre asigurare

6.1. Valoarea de răscumpărare și participarea la profit. Asigurarea suplimentară de Deces din accident nu are valoare de răscumpărare. De asemenea, contractul nu beneficiază de bonusuri sau participare la profit, nici de sumă asigurată redusă.

Prezentele Condiții Contractuale sunt valabile atât pe teritoriul României cât și în afara acestuia, intră în vigoare și se aplică contractelor de asigurare încheiate începând cu data de 05/09/2022.