

Condițiile contractului de asigurare Zen Medical Asigurare de viața și asistență medicală din îmbolnăvire și accident

Art. 1. Prevederi introductive

Prezentele condiții contractuale sunt aferente produsului de Asigurare de viață și asistență medicală din îmbolnăvire și accident al Eurolife FFH Asigurări de Viață și se aplică pe toată durata valabilității contractului. Pentru clarificări sau informații suplimentare, vă stăm la dispoziție la numărul de telefon 031.423.00.80, e-mail: asigurari@eurolife-asigurari.ro sau la următoarea adresă: strada Vasile Lascăr 31, Lascăr 31 Business Center, Etajul 10 și 11, sector 2, 020492, București.

Contractul de asigurare se încheie cu Eurolife FFH Asigurări de Viață S.A. și cuprinde următoarele documente:

- Oferta de asigurare;
- Cererea de Asigurare;
- Condițiile contractului de asigurare;
- Nota de Informare a Persoanelor Vizate cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în baza Regulamentului (UE) 2016/679 și a legislației conexe din România;
- Polița de asigurare și eventuale acte adiționale încheiate între părți.

Art. 2. Principalii termeni folosiți în cadrul Condițiilor Contractuale și definițiile acestora

Accident	Orice eveniment imprevizibil, violent și independent de voința Asiguratului, care cauzează vătămări corporale ca urmare a acțiunii bruște a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrice) sau chimici, survenit pe perioada de valabilitate a poliței. Infecțiile de orice fel (virale, bacteriene, fungice etc.), efortul fizic și accidentul vascular cerebral nu sunt considerate a fi accidente în accepțiunea prezentelor condiții de asigurare.
Afecțiune preexistentă	Orice manifestare patologică sau altă condiție medicală rezultată în urma unei îmbolnăviri sau a unui accident, care a fost diagnosticată, investigată sau tratată anterior datei intrării în vigoare a poliței de asigurare.
Asigurat	Persoana fizică ce îndeplinește toate criteriile de acceptare și este preluată în asigurare de către Asigurător.
Asigurător	Eurolife FFH Asigurări de Viață S.A.
Beneficiar	Persoana căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în cazul producerii Evenimentului asigurat, respectiv Asiguratul pentru toate riscurile asigurate cu excepția decesului, pentru care beneficiari sunt moștenitorii Asiguratului.
Cheltuieli medicale	Costul serviciilor medicale accesate de Asigurat ca urmare a unei îmbolnăviri sau a unui accident, așa cum sunt descrise în cadrul prezentelor Condiții Contractuale.
Contractant	Persoana fizică sau juridică ce încheie contractul de asigurare cu Asiguratorul și se obligă să plătească prima de asigurare și să respecte obligațiile contractuale.
Data de intrare în vigoare	Data începerii preluării riscului producerii Evenimentului asigurat de către Asigurător, așa cum este menționată în Polița de asigurare.
Eveniment asigurat	Eveniment produs pe durata perioadei de valabilitate a contractului de asigurare, în urma căruia Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, conform prezentelor Condiții contractuale

Indemnizația de asigurare	Suma plătită de Asigurător, în conformitate cu prevederile prezentului contract de asigurare, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat.
Interes asigurabil	Elementul esențial al contractului de asigurare reprezentat de relația financiară dintre Asigurat, Contractant și Beneficiar, așa încât ultimii doi să beneficieze în cazul în care viața/sanătatea Asiguratului sunt prezervate sau să sufere un prejudiciu financiar în cazul în care are loc evenimentul asigurat.
Intervenție chirurgicală	Procedură sau tehnică chirurgicală efectuată asupra Asiguratului într-un spital, de către un medic cu drept de liberă practică, specializat într-o disciplină chirurgicală, pentru tratarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat. Procedura sau tehnica chirurgicală trebuie să implice o manevră invazivă (incizie, excizie, reparare) și să fie efectuată sub anestezie locală ori loco-regională sau sub anestezie generală în prezența unui medic anestezișt.
Îmbolnăvire	Modificarea organică sau funcțională a stării de sănătate, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate.
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.
Perioada de valabilitate a acoperirii	Intervalul de timp în care riscul este acoperit și care începe la Data intrării în vigoare a acoperirii prin prezentul contract de asigurare și data expirării acestuia conform Poliței de asigurare, în condițiile în care nu se aplică niciuna din situațiile de încetare a contractului
Perioada de așteptare	Perioada de timp de 60 de zile, în care nu se acordă indemnizația pentru spitalizare, intervenție chirurgicală și cheltuieli medicale, cu excepția cazului în care riscul asigurat este produs în urma unui accident petrecut pe durata contractului de asigurare. Perioada de așteptare se calculează începând de la Data intrării în vigoare a contractului, menționată ca atare în cadrul Poliței de asigurare
Polița de asigurare	Document eliberat de către Asigurător Contractantului pentru a confirma încheierea contractului de asigurare
Prima de asigurare	Costul asigurării pe care Contractantul trebuie să îl achite, conform frecvenței și scadențelor menționate în Polița de asigurare, astfel încât contractul de asigurare să fie valabil.
Raport medical	Document eliberat de un medic cu drept de liberă practică, ce conține minimum următoarele informații obligatorii: datele de identificare ale Asiguratului, diagnosticul, investigațiile și tratamentul efectuat, recomandările medicale, data, semnătura și parafa medicului.
Repatriere	Asigurarea transportului Asiguratului din România până în țara a cărei cetățenie o posedă Asiguratul, menționată în Specificația Poliței, în cazul producerii evenimentului asigurat.
Spital	Instituție sanitară care îndeplinește concomitent următoarele cerințe: a) Funcționează în temeiul legii, în cadrul sistemului medical public și privat și în condiții de deplină autorizare și/sau acreditare; b) Acordă permanent asistență medicală de specialitate (pentru diagnosticul și tratamentul medical sau chirurgical al persoanelor bolnave sau accidentate) prin personal calificat: medici și asistenți medicali, cu diplomă recunoscută și cu drept de exercitare a profesiei;

	c) Dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament; d) Ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea evoluției zilnice în Foaia de Observație Clinică și a procedurilor terapeutice care se execută pentru fiecare pacient. Nu se consideră a fi Spital: a) Instituțiile destinate îngrijirii alcoolizilor, persoanelor dependente de droguri; b) Sanatoriile balneo-climaterice, TBC sau de recuperare neuro-psihomeorie; c) Instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, inclusiv Sanatorii de nevroze sau de neuro-psihiatrie; d) Instituțiile de reabilitare, preventorii; e) Azilele pentru bătrâni, inclusiv Unități rezidențiale pentru persoane vârstnice care oferă si îngrijiri medicale.
Spitalizare	Perioada în care o persoană este internată într-un Spital pentru a beneficia de asistență medicală de specialitate.
Suma asigurată	Suma maximă de bani plătită ca indemnizație de asigurare în baza prezentului contract. Suma asigurată este menționată în polița de asigurare.
Unitate medicală	Instituție autorizată aparținând rețelei naționale de stat si private specilizate în furnizarea de servicii de asistență medicală, pentru diagnosticul și tratamentul persoanelor bolnave sau accidentate.

Art. 3. Obiectul asigurării

Este reprezentat de viața și starea de sănătate a Asiguratului.

3.1 Riscurile acoperite sunt următoarele:

- Decesul din îmbolnăvire sau accident al Asiguratului, survenit pe parcursul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare. În urma producerii decesului asiguratului, moștenitorii legali vor primi, conform prezentelor conditii contractuale, suma asigurată prevăzută în polița de asigurare pentru acest risc.
- Urmatoarele servicii de asistență medicală:

- Cheltuieli medicale (pentru consulturi, analize de laborator, investigatii paraclinice, proceduri diagnostice si terapeutice);
- Spitalizare din imbolnavire sau accident;
- Intervenție chirurgicală din imbolnavire sau accident;
- Tratamentele stomatologice care sunt consecință directă a unui accident petrecut in perioada de valabilitate a politei.

Ca exceptie, pachetul Basic acopera doar Decesul din imbolnavire sau accident, Cheltuieli medicale si Spitalizare din imbolnavire sau accident. Acoperirile din contract si sumele asigurate maxime sunt mentionate specific in Polita de asigurare.

Serviciile medicale asigurate se vor acorda de către instituțiile medicale din rețeaua de stat si privat. Valoarea totală a indemnizației platite pe o poliță de asigurare, prin cumularea evenimentelor și riscurilor asigurate nu va putea depăși suma asigurată maximă a politei de asigurare, menționată în cadrul acesteia.

Art. 4. Criteriile de acceptare in asigurare

Este eligibilă pentru acceptarea în asigurare persoana fizică ce îndeplinește cumulativ următoarele criterii:

- Are vârsta, la data preluării în asigurare, cuprinsă între 1 și 85 ani;
- Relația dintre Asigurat și Contractant justifică interesul asigurabil
- A semnat Declarația de sănătate din cuprinsul Cererii de asigurare.

Art. 5. Care sunt riscurile asigurate

Riscurile asigurate sunt:

- Decesul din îmbolnăvire sau accident al Asiguratului;
- Cheltuieli medicale (pentru consulturi, analize de laborator, investigații paraclinice, proceduri diagnostice și terapeutice). Costul cu medicamentele nu este inclus.
- Spitalizare din îmbolnăvire sau accident;
- Intervenție chirurgicală din îmbolnăvire sau accident (cu excepția pachetului Basic)
- Tratamentele stomatologice care sunt consecință directă a unui accident (cu excepția pachetului Basic)

Limitele maxime ale riscurilor asigurate specifice fiecărui pachet sunt detaliate în cuprinsul Poliței de asigurare. Serviciile medicale aferente contractului de asigurare de viață și sănătate sunt acoperite numai în instituțiile medicale aflate pe teritoriul României.

Pentru Spitalizare sunt acoperite maximum 90 zile de spitalizare. În cazul spitalizării plata indemnizației se va efectua pentru întreaga perioadă a spitalizării, cu condiția ca aceasta să fie de minimum 3 zile consecutive. Pentru spitalizarile de 1 zi sau 2 zile, nu se va plăti indemnizația de asigurare. Indemnizația de spitalizare se calculează prin multiplicarea numărului de zile de spitalizare cu suma asigurată pe zi din pachetul ales.

Asiguratul înțelege și acceptă faptul că, la îndeplinirea obligațiilor ce decurg din prezentul contract, Asigurătorul se supune legilor și reglementărilor administrative și sanitare valabile în România.

Art. 6. Informații privind derularea contractului

6.1. Durata contractului. Perioada de asigurare este stabilită și înscrisă în Polița de asigurare conform Cererii de asigurare completată de Asigurat.

6.2. Intrarea în vigoare a Contractului de asigurare. Asigurarea intră în vigoare la data înscrisă în polița de asigurare, dar nu mai devreme de ziua următoare emiterii poliței și numai după plata anticipată a primei de asigurare. Data expirării este menționată în Polița de asigurare.

6.3. Încetarea/denunțarea contractului. Contractul de asigurare poate înceta în următoarele cazuri:

- la ora 00:00 a datei de expirare a acestuia, dată prevăzută în Poliță;
- pentru neplata primelor de asigurare conform prevederilor prezentelor Condiții de asigurare;
- la solicitarea Contractantului sau Asiguratului, printr-o notificare scrisă; contractul încetează la data înregistrării solicitării la sediul asiguratorului;
- la data decesului Asiguratului;
- în cazul în care Asiguratul furnizează Asigurătorului documente sau declarații false/incomplete/incorecte;

f) în cazul în care Asiguratul este menționat în Listele oficiale ale persoanelor fizice și/sau juridice suspecte de săvârșirea sau finanțarea actelor de terorism. În această situație Asigurătorul nu va efectua niciun retur de primă și nu va plăti nicio Indemnizație de asigurare.

6.4. Obligațiile Contractantului. Contractantul asigurării este obligat:

- a) să furnizeze Asigurătorului următoarele documente:
 - In calitate de persoana fizică:
 - copia actului de identitate sau a pașaportului.
 - In calitate de persoana juridică:
 - Certificatul de înregistrare al firmei la Registrul Comerțului;
 - Împuternicire pentru persoana care reprezintă societatea, dacă aceasta nu este reprezentantul legal.
- b) să achite prima de asigurare la data și în sumele specificate în Polița de Asigurare;
- c) să pună la dispoziția Asiguratului toate informațiile privind contractul de asigurare, inclusiv orice modificări aparute pe durata contractului de asigurare și să transmită Asiguratului următoarele documente:
 - condițiile contractuale de asigurare;
 - nota de informare GDPR.

Art. 7. Evaluarea medicală individuală a asiguraților

Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita persoanelor care aplică pentru asigurare completarea unor declarații de sănătate/chestionare medicale sau efectuarea unor examinări/investigații medicale, respectiv prezentarea de documente medicale personale, anterioare includerii în asigurare.

În urma analizei privind starea de sănătate, Asigurătorul poate decide următoarele:

- a) Includerea în asigurare a Asiguratului în condiții standard;
- b) Refuzul preluării în asigurare a respectivei persoane;
- c) Amânarea acceptării în asigurare până la o reevaluare medicală a cărei dată va fi stabilită de Asigurător.

Art. 8. Prima de asigurare

8.1. Contractantul este răspunzător pentru plata primei de asigurare, integral sau esalonat, conform opțiunii înscrise în Polița anterior emiterii Poliței de asigurare. În cazul în care prima de asigurare nu este încasată, contractul de asigurare nu intră în vigoare.

Plata primei de asigurare va fi considerată a fi efectuată în momentul încasării acesteia de către Asigurător.

În calculul primelor, Asigurătorul folosește date statistice referitoare la frecvența de apariție a evenimentelor.

8.2 Întârzierea plății primelor de asigurare. Pentru plata esalonată a primei, acolo unde există această opțiune, Contractantul are un termen de 90 de zile pentru achitarea primelor de asigurare restante. În cadrul acestui termen, primele 30 de zile calendaristice reprezintă perioada de grație și se calculează începând cu data celei mai vechi scadențe neplătite a primei de asigurare. În perioada de grație, Evenimentul asigurat este acoperit, iar ulterior acestei perioade acoperirea Evenimentului asigurat nu mai este valabilă.

La împlinirea celor 90 de zile de întârziere a plății, Asigurătorul va rezilia contractul de asigurare.

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

9.1. Anunțarea Evenimentului asigurat.

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

Decesul Asiguratului

- (a) documente emise de autoritățile competente care să ateste producerea Evenimentului asigurat: copia certificatului de deces, copia certificatului medical constatator al decesului;
- (b) copia actului de identitate a persoanei de contact privind dosarul de despăgubire;
- (c) copie a unui act de identitate, al fiecărui moștenitor legal;
- (d) documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat din îmbolnăvire: copia fișei de consultații medicale emisă de către medicul de familie, copia foii de observație/bilete de ieșire din spital, investigații paraclinice/alte documente medicale;
- (e) documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat din Accident: documente eliberate de autoritățile competente (poliție, instituții judiciare, servicii medico-legale, inspectorate teritoriale de muncă) care să ateste circumstanțele producerii accidentului, rezultatul analizelor toxicologice, precum și concluziile finale ale anchetei Politiei;
- (f) informațiile bancare ale fiecărui Beneficiar (extras de cont moneda RON)
- (g) copia certificatului de moștenitor legal;
- (h) orice alte documente cerute de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

Cheltuieli medicale (consultație, analize de laborator, investigații paraclinice, proceduri diagnostice și terapeutice))

- (a) copia Biletului de ieșire din spital sau a Raportului medical întocmit la data parasirii unității medicale care să conțină următoarele informații: motivele prezentării în unitatea medicală, investigațiile clinice și paraclinice efectuate, diagnosticul, tratamentul efectuat;
- (b) recomandare de la medicul specialist
- (c) copia investigațiilor efectuate în scopul stabilirii diagnosticului;
- (d) copia decontului/ facturii privind cheltuielile aferente serviciilor medicale oferite;
- (e) copia chitanței fiscale dovăditoare privind cuantumul achitat pentru serviciile medicale efectuate în cadrul Unității medicale.
- (f) documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat din îmbolnăvire: copia fișei de consultații medicale emisă de către medicul de familie, copia foii de observație/bilete de ieșire din spital, investigații paraclinice/alte documente medicale;
- (g) documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat din Accident: documente eliberate de autoritățile competente (poliție, instituții judiciare, servicii medico-legale, inspectorate teritoriale de muncă) care să ateste circumstanțele producerii accidentului, rezultatul analizelor toxicologice, precum și concluziile finale ale anchetei Politiei;

Spitalizare din îmbolnăvire sau accident

Suplimentar documentației aferente evenimentului pentru Cheltuieli medicale :

- (a) copia Foii de Observație și a Biletului de externare care să conțină următoarele informații: data și ora de internare/externare, diagnosticul de externare, investigațiile și tratamentul efectuat pe perioada spitalizării, precum și recomandările medicale la externare;
- (b) istoricul medical al afecțiunii pentru care a fost necesară spitalizarea

Intervenție chirurgicală din îmbolnăvire sau accident

Suplimentar documentației aferente evenimentului Spitalizare din îmbolnăvire sau accident:

- (a) copia Foii de Observație, a Biletului de externare și a Raportului medical care să conțină informații privind procedura chirurgicală efectuată;
- (b) copia decontului/facturii privind cheltuielile aferente intervenției chirurgicale;
- (c) copia chitanței fiscal doveditoare privind cuantumul achitat pentru intervenția chirurgicală.
- (d) istoricul medical al afecțiunii pentru care a fost necesară intervenția chirurgicală

Tratamentele stomatologice care sunt consecința directă a unui accident produs pe perioada de valabilitate a Politei

- (a) declarație pe proprie răspundere privind accidentul suferit;
- (b) copia documentelor medicale privind consultații și investigații efectuate în urgență, în scop de diagnosticare;
- (c) copia documentelor medicale privind necesitatea tratamentului dentar restaurativ, consecință a unui traumatism;
- (d) copia documentelor care să ateste producerea Evenimentului asigurat din Accident: documente eliberate de autoritățile competente care să ateste circumstanțele producerii accidentului, rezultatul analizelor toxicologice, precum și concluziile finale ale anchetei;
- (e) copia decontului/facturii privind cheltuielile aferente tratamentului stomatologic;
- (f) copia chitanței fiscal doveditoare privind cuantumul achitat pentru tratamentul stomatologic.

Dacă Beneficiarul refuză să furnizeze Asiguratorului informațiile și documentele solicitate, Asiguratorul 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 autorizată în limba română.

Asiguratorul 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 de Deces este cauzat de un act/acțiune intenționat/a al/a Beneficiarului, caz pentru care s-a pronunțat o sentință penală definitivă, Asiguratorul este exonerat de la plata Indemnizației către acel beneficiar. Pe cale de consecință, plata indemnizației se va face către ceilalți moștenitori legali ai Asiguratului, în conformitate cu legislația română în vigoare referitoare la succesiune, beneficiarul care se face vinovat de producerea decesului urmând să fie înlăturat de la plata indemnizației. Până la pronunțarea sentinței definitive, Asiguratorul poate suspenda obligația de plată.

9.2. Indemnizația de asigurare

9.2.1. Indemnizația de asigurare în caz de deces este plătită moștenitorilor legali după producerea Evenimentului asigurat și este egală cu Suma asigurată prevăzută în Polița de Asigurare pentru acest risc.

9.2.2. Indemnizația de asigurare pentru serviciile medicale, așa cum sunt ele specificate în cuprinsul prezentelor Condiții contractuale, va fi calculată și plătită pe baza documentelor medicale și a facturilor/chitanțelor de plată a serviciilor accesate, fără a depăși însă suma asigurată specifică fiecărui risc în parte (cu excepția spitalizării), așa cum este precizată în cadrul poliței de asigurare.

Valoarea totală a indemnizației plătite pe o poliță de asigurare, prin cumularea evenimentelor și riscurilor asigurate nu va putea depăși suma asigurată maximă a poliței de asigurare, menționată în cadrul acesteia.

9.2.3. Pentru ca indemnizația de asigurare să fie plătită de Asigurator este necesar ca Accidentul sau Îmbolnăvirea ce determină 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.

Îmbolnăvirea sau accidentele produse în perioada cuprinsă între data semnării cererii de asigurare și data intrării în vigoare a politei de asigurare, nu sunt considerate evenimente asigurate și nu sunt acoperite.

9.2.4. 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.

9.2.5. 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 Asigurat/moștenitori legali, doar prin virament bancar, în țări din Europa unde sunt implementate plățile SEPA și doar în lei. Orice comisioane și speze bancare generate de transferul indemnizației în alte conturi și în alte monede decât cele menționate anterior vor fi în sarcina beneficiarului plății. Pentru Asigurații 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)

Eurolife FFH Asigurări de Viață SA nu va plăti indemnizația de asigurare în următoarele situații:

- 10.1. În cazul în care Asiguratul, Contractantul 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, răscoală, mișcare socială de proporțiile unei răcoale, 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 este cauzat de către orice fel de reacție nucleară sau radioactivitate;
- 10.4. 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;
- 10.5. 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;
- 10.6. 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 înălțimi mai mari de 4.000 metri), cațărarea pe gheata, ski extrem, snowboarding extrem/acrobatic, coborâre extremă cu bicicleta, călărie, 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;
- 10.7. 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.;

10.8. 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 crează dependență;

10.9. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs din cauza unor pandemii sau epidemii (confirmate de OMS și Ministerul Sănătății);

10.10. În cazul în care Evenimentul asigurat se produce din cauza unor afecțiuni preexistente, sau din cauza agravării prin accident a unei afecțiuni preexistente la data intrării în vigoare a acoperirii contractuale;

Suplimentar celor menționate mai sus pentru Spitalizare, Interventie chirurgicala si Cheltuieli medicale din imbolnavire si accident se aplica si urmatoarele excluderi:

10.11. În cazul în care spitalizarea/interventia chirurgicala/cheltuielile medicale ale Asiguratului au survenit după 1 (un) an de la data producerii Accidentului;

10.12. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/cheltuielilor medicale în scop de tratament efectuat în centre de reabilitare, recuperare sau balneo-fizioterapie;

10.13. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/ cheltuielilor medicale pentru arsuri de gradul I;

10.14. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale / cheltuielilor medicale cu scop estetic, inclusiv corecțiile cu scop estetic ale leziunilor posttraumatice (ex. cicatrici etc.);

10.15. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/cheltuielilor medicale pentru corecția tulburărilor de vedere (miopia, hipermetropia, presbiopia etc.) cu excepția celor cauzate de un Accident produs în perioada de valabilitate;

10.16. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/ cheltuielilor medicale în vederea efectuării de proceduri de stomatologie, pedodonție, ortodonție, protetică, chirurgie adresată dentiției și alveolelor dentare, cu excepția celor necesare pentru afecțiuni cauzate de un Accident produs în perioada de valabilitate;

10.17. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/ cheltuielilor medicale legate de sarcina, naștere (naturală sau prin operația cezariană), întrerupere voluntară sau involuntară a sarcinii, inclusiv complicațiile acestora;

10.18. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/ cheltuielilor medicale pentru proceduri/tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;

10.19. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/ cheltuielilor medicale pentru tratamentul de infertilitate, inseminare artificială, avort indus sau spontan;

10.20. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/cheltuielilor medicale pentru tratamentul obezității;

10.21. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale pentru recoltarea de organe sau țesuturi ;

10.22. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/cheltuielilor medicale pentru tratamentul unor leziuni cutanate/subcutanate;

10.23. În cazul în care spitalizarea/interventia chirurgicală/ s-a produs ca urmare a unei îmbolnăviri în perioada de așteptare;

10.24. În cazul spitalizării și intervențiilor chirurgicale pentru tratamentul anomaliilor congenitale și/sau afecțiunilor consecutive acestora;

10.25. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/cheltuielilor medicale pentru servicii medicale în afara limitelor de sumă și acoperire menționate în contractul de asigurare;

10.26. În cazul spitalizării/interventiei chirurgicale/cheltuielilor medicale/tratamente executate de către o persoană care nu este medic în sensul acceptat de condițiile de asigurare;

10.27. Dacă un serviciu medical sau o spitalizare a fost efectuat/ă de un medic sau o unitate medicală

neautorizata ce nu indeplineste prevederile legislative in vigoare, sau daca acestea au fost efectuate în afara granițelor României;

Art. 11. Alte informatii despre asigurare

11.1. Valoarea de răscumpărare și participarea la profit. Acest tip 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. În conformitate cu prevederile Codului fiscal în vigoare, primele de asigurare de viață nu constituie deduceri din baza impozabilă pentru persoane fizice. În ceea ce privește despăgubirile încasate din asigurări, acestea nu se impozitează la persoana fizică beneficiară. Orice modificare legală, ulterioară încheierii contractului de asigurare, va fi aplicată corespunzător.

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 fie prin e-mail, sms sau scrisoare, trimise catre datele de contact indicate de Asigurat/Contractant. Modificarea termenilor și condițiilor contractului este valabilă doar în cazul în care modificările respective au fost stipulate într-un act adițional la contract și au fost aprobate și semnate de către persoanele autorizate ale Asigurătorului și de Asigurat și Contractant.

(a) **Modificarea datelor personale.** Asiguratul și Contractantul au obligația să actualizeze orice modificare a datelor personale și de contact în termen de 30 de zile calendaristice de la data modificării lor, în caz contrar Asigurătorul este îndreptățit să trimită toate informările la ultima adresă cunoscută.

(b) **Modificarea datelor companiei.** Asiguratul este de acord că orice modificare a datelor de identificare ale Asigurătorului, cum ar fi, dar nelimitat la denumire, formă juridică, sediul social, sau orice alte date de identificare, să fie aduse la cunoștința acestuia prin menționarea acestora pe pagina de web a Eurolife FFH Asigurări de Viață SA (www.eurolife-asigurari.ro). De asemenea, modificarea oricăror date esențiale ale Asigurătorului vor fi aduse la cunoștința publicului larg prin publicarea în Monitorul Oficial, partea a IV-a, conform prevederilor legale, precum și prin publicarea într-un ziar de circulație națională.

(c) **Corespondența oficială.** 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. Respectiv documente au efect juridic numai dacă se face dovada ca au fost recepționate de Asigurător.

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 Asigurător 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 Asigurătorului 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 insolvenței 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 Poliței de asigurare.

11.10. Forță Majoră. Orice eveniment de forță majoră, astfel cum este definit de legislația română în vigoare, nu exonerează părțile de niciuna dintre obligațiile lor, dar suspendă efectele prezentului contract pe durata unui astfel de eveniment. Partea care invocă un eveniment de forță majoră trebuie să îl notifice celeilalte părți în termen de 5 zile lucrătoare atât de la data apariției evenimentului, cât și de la data la care un astfel de eveniment s-a terminat. Notificarea va fi însoțită de dovada evenimentului de forță majoră constând în documente emise de autoritățile competente. Dacă forța majoră acționează sau se estimează ca va acționa o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea de plin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune-interese

11.11. Modalitatea de accesare a rapoartelor Asiguratorului. Toate informațiile și/sau rapoartele pe care Eurolife FFH Asigurări de Viață S.A. 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

11.12. Prescripția se aplică conform legislației în vigoare, în ceea ce privește plata Indemnizației de asigurare.

11.13. Lipsa detaliilor bancare. Asiguratorul nu poate efectua plata Indemnizației de asigurare în lipsa comunicării detaliilor bancare de către beneficiarul plății.

Prezentele Condiții Contractuale intră în vigoare și se aplică contractelor încheiate începând cu data de 09.02.2026