

# CONDIȚII DE ASIGURARE UMBRELLA

## INTRODUCERE

1. Allianz-Tiriac Asigurări SA asigură persoane fizice pentru riscurile expres prevăzute în Certificatul de asigurare și în Condițiile de asigurare.

2. Condițiile de asigurare, împreună cu Documentația de asigurare, compusă din toate acordurile/ declarațiile/ documentele acceptate/ confirmate prin apel telefonic înregistrat de către Asigurat, la solicitarea Asiguratorului, precum și toate documentele emise de Asigurator în legătură cu prezenta asigurare, sunt parte integrantă a contractului de asigurare.

## DEFINIȚII

3. În cuprinsul prezentelor condiții, se adoptă următoarele definiții:

**Accident:** eveniment subit, provenit din afară, violent și produs fără voința persoanei asigurate.

**Act de terorism:** orice act care:

- implică utilizarea forței, violenței sau amenințarea asupra oricărei persoane sau grupuri de persoane, fără a se limita la aceste acțiuni
- este întreprins de persoane care acționează individual, în numele sau în legătură cu organizații sau guverne
- reprezintă:
  - o acțiune săvârșită în scop politic, religios, ideologic ori similar, sau
  - intenția de a influența orice guvern și/ sau de a induce panică în rândul populației

sau care:

- presupune utilizarea oricărui material, dispozitiv sau arme de natură biologică, chimică, radioactivă sau nucleară.

**Afecțiune medicală preexistentă:** o leziune, boală sau consecințele acestora, precum și orice manifestare patologică sau de natură medicală, rezultată în urma unei boli sau a unui accident survenit anterior datei de intrare în vigoare a riscului asigurat, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, pentru care Asiguratul:

- a) a fost diagnosticat sau
- b) a solicitat, a primit sau a urmat tratament sau servicii medicale, sau
- c) știa de existența acesteia, sau
- d) a prezentat semne/ simptome/ manifestări obiective ce au fost consemnate în documente medicale eliberate de un medic sau de o unitate medicală.

**Asigurat:** persoana fizică deținătoare a unui cont curent deschis la Bancă, asigurată în baza contractului de asigurare.

**Asigurat dependent copil:** copilul natural sau adoptat al Asiguratului, inclus în contractul de asigurare.

**Asigurator:** Allianz-Tiriac Asigurări S.A., numărul de ordine în Registrul asiguratorilor, reasiguratorilor și intermediarilor în asigurări și/ sau în reasigurări RA-017.

**Beneficiar:** Persoana îndreptățită să încaseze indemnizația de asigurare, în cazul producerii evenimentului asigurat. În înțelesul prezentelor Condiții de asigurare, Beneficiarii sunt moștenitorii legali ai Persoanei asigurate în cazul riscului de deces și, respectiv, Asiguratul pentru celelalte riscuri.

**Boală:** orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/ sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice și paraclinice.

**Certificat de asigurare:** înscrisul constatator al calității de Asigurat/ Asigurat dependent copil în cadrul contractului de asigurare; certificatul este emis de Asigurator și cuprinde: data începerii răspunderii Asiguratorului pentru Persoanele asigurate, prima de asigurare, riscurile acoperite, sumele asigurate și orice alte mențiuni aplicabile.

**Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare:** Ora 00:00 a zilei următoare datei în care Asiguratul acceptă Documentația de asigurare, exprimându-și acordul prin apel telefonic înregistrat; data la care începe răspunderea Asiguratorului este înscrisă în Certificatul de asigurare.

**Data de reziliere/ denunțare a contractului de asigurare:** data începând de la care răspunderea Asiguratorului pentru riscurile survenite ulterior încetează.

**Datorie în baza contractului de asigurare:** primă contractuală, datorată Asiguratorului conform condițiilor de asigurare, neplătită la scadență.

**Fortă majoră:** un eveniment imprevizibil și insurmontabil, independent de orice control al părții implicate și care generează imposibilitatea temporară sau definitivă de executare parțială ori totală a obligațiilor și care constituie sau este de natura unui sau a mai multora dintre evenimentele care urmează: catastrofe naturale, incendii, inundații, explozii, fulgere, tornade, cutremure, alunecări de teren, epidemii, război, război civil, blocaje, insurecții, sabotaj, acte de terorism, tulburări civile, stare de necesitate, stare de urgență.

**Franșiză:** primele 3 zile de la începutul fiecărei perioade de spitalizare pentru care nu se plătesc indemnizații.

**Grup:** totalitatea persoanelor care dețin un cont bancar curent la Bancă și care au calitatea de Asigurat în contractul de asigurare guvernat de prezentele condiții de

Cod versiune condiții de asigurare: GUM01

asigurare.

**Indemnizație de asigurare:** suma convenită Beneficiarului/ Beneficiarilor drept despăgubire în cazul producerii unui eveniment acoperit de prezentele Condiții de asigurare, calculată în raport cu suma asigurată a fiecărui risc în parte.

**Intervenție chirurgicală:** procedura chirurgicală clasică efectuată de un medic chirurg la recomandarea unui medic specialist în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- este practică conform standardelor și normelor medicale recunoscute, de către un medic chirurg sau de către o echipă operatorie de specialitate, în prezența unui medic A.T.I., în secția de chirurgie a unui spital;
- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii sau proceduri/ tehnici echivalente, având drept scop primar îndepărtarea procesului patologic;
- necesită spitalizarea persoanei care suferă intervenția chirurgicală pentru minimum 3 zile consecutive.

**Invaliditate de gradul I:** invaliditatea de gradul I sau gradul de handicap cu deficiență funcțională gravă, stabilite conform deciziei emise de medicul expert al asigurărilor sociale, conform prevederilor legale privind sistemul public de pensii și alte asigurări sociale.

**Intermediar:** reprezentant de vânzări, persoană fizică sau juridică, indicat în documentele contractuale, autorizat să desfășoare activitatea de intermediere de asigurări conform reglementărilor legale în vigoare, care, în baza unui contract de agent cu Asigurătorul, are drepturi și atribuții privind încheierea/ gestionarea contractului de asigurare.

**Medic:** persoana cu pregătire medicală superioară de specialitate care deține drept de liberă practică în statul în care își exercită profesiunea.

**Medic chirurg:** persoana cu pregătire medicală superioară de specialitate care deține drept de liberă practică într-o specialitate chirurgicală în statul în care își exercită profesiunea.

**Medic A.T.I.:** medic cu diplomă recunoscută în specialitatea anestezie și terapie intensivă.

**Moneda contractului de asigurare:** moneda în care sunt exprimate sumele asigurate și prima. Moneda contractului de asigurare este leul românesc (lei).

**Perioadă de asigurare:** intervalele de timp în care Persoana asigurată beneficiază de acoperirea riscurilor conform contractului de asigurare guvernat de prezentele condiții de asigurare:

- perioada cuprinsă între ora 0:00 a zilei următoare datei acceptării/ confirmării Documentației de asigurare de către Asigurat prin apel telefonic înregistrat și ora 24:00 a ultimei zile a lunii calendaristice respective
- luna calendaristică integrală pentru care prima este achitată la scadența de plată aferentă lunii respective.

**Perioadă de așteptare:** perioada continuă de 90 de zile calendaristice în care, după acceptarea preluării în asigurare, Asigurătorul nu acoperă riscul de spitalizare ca urmare a unei boli sau de intervenții chirurgicale ca urmare a unei boli.

**Perioadă de grație:** o perioadă de o lună calendaristică imediat următoare unei perioade de asigurare, cuprinsă între data ultimei scadențe de plată datorate și neachitate și ultima zi a lunii respective, în care Persoana asigurată beneficiază de acoperirea riscurilor, numai prin achitarea eventualei datorii existente în baza contractului de asigurare. La expirarea acestei perioade, dacă prima datorată nu a fost achitată, asigurarea se suspendă.

**Perioadă de suspendare:** o perioadă de maximum 2 luni consecutive pentru care nu a fost încasată prima, ulterioară expirării unei perioade de grație, în care Persoana asigurată nu beneficiază de acoperirea riscurilor. Acoperirea riscurilor poate reîncepe, cu condiția încasării primei aferente unei perioade de asigurare, la ora 00:00 a zilei următoare efectuării plății primei.

**Persoană asigurată:** oricare dintre persoanele incluse în asigurare cu calitatea de Asigurat sau Asigurat dependent copil.

**Primă:** sumă de bani menționată în Certificatul de asigurare, datorată lunar de către Asigurat Asigurătorului la scadența de plată, în vederea acoperirii riscurilor în perioada de asigurare, conform prezentelor condiții de asigurare.

**Scadență de plată:** a treia zi lucrătoare a unei luni calendaristice, începând cu următoarea lună consecutivă celei în care Documentația de asigurare a fost acceptată/ confirmată de către Asigurat, prin apel telefonic înregistrat.

**Spital:** instituție autorizată, publică sau privată, din țară sau străinătate, care îndeplinește cumulativ condițiile prevăzute de lege. Sanatoriul nu este considerat spital conform prezentelor condiții.

**Spitalizare:** perioada continuă de internare într-un spital, de minimum 24 de ore, recomandată de un medic de specialitate în scopul tratării vătămărilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli.

**Sumă asigurată:** valoare indicată în Certificatul de asigurare pentru un risc asigurat, în funcție de care se calculează indemnizația de asigurare.

**Titular de contract:** Unicredit Bank S.A, denumit Banca în cuprinsul acestor Condiții.

## ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE ȘI ÎNCEPUTUL RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

4. Răspunderea Asigurătorului pentru o Persoană asigurată începe la ora 0:00 a zilei următoare acceptării/ confirmării prin apel telefonic înregistrat a Documentației de asigurare de către Asigurat.

## CONDIȚII DE ELIGIBILITATE A PERSOANEI ASIGURATE

5. Pentru a putea fi preluată în asigurare ca Asigurat, o persoană trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să aibă vârsta de minimum 18 ani împliniți și maximum 69 de ani împliniți
- să dețină un cont curent în lei la UniCredit Bank
- să nu aibă calitatea de Asigurat într-un alt contract Umbrella anexat conturilor curente în lei, deschise de

Cod versiune condiții de asigurare: GUM01

persoane fizice la UniCredit Bank, încheiat la Allianz-Tiriac Asigurări SA.

6. Pentru a putea fi preluat în asigurare ca Asigurat dependent copil, o persoană trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie copilul natural sau adoptat al Asiguratului
- b) să aibă vârsta de minimum 3 ani împliniți și maximum 17 ani împliniți
- c) să nu aibă calitatea de Asigurat dependent copil într-un alt contract Umbrella anexat conturilor curente în lei, deschise de persoane fizice la UniCredit Bank, încheiat la Allianz-Tiriac Asigurări SA.

## RISCURILE ASIGURATE

7. Prin contractul de asigurare, Asiguratorul acoperă următoarele riscuri, în funcție de pachetul de beneficii selectat, conform prevederilor menționate în Oferta de asigurare:

- a) decesul Asiguratului produs în perioada de asigurare, ca urmare a unei boli diagnosticate pentru prima dată în această perioadă
- b) decesul Asiguratului produs în perioada de asigurare, ca urmare a unui accident produs în această perioadă
- c) producerea pentru prima dată în perioada de asigurare a invalidității de gradul I a Asiguratului ca urmare a unui accident produs în această perioadă și confirmată în termen de maximum un an de la data accidentului
- d) intervențiile chirurgicale suferite de Persoana asigurată în perioada de asigurare, necesare ca urmare a unui accident produs în această perioadă, sau ca urmare a unei boli diagnosticate pentru prima dată în această perioadă dar după trecerea perioadei de așteptare, efectuate în termen de 30 de zile de la data accidentului sau a îmbolnăvirii, care necesită spitalizarea pentru minimum 3 zile consecutive; maximum 5 intervenții pe întreaga perioadă de asigurare pentru fiecare Persoană asigurată
- e) spitalizarea, pentru maximum 90 de zile pe an de asigurare, maximum 270 de zile pe întreaga perioadă de asigurare pentru fiecare Persoană asigurată, suferită de Persoana asigurată în perioada de asigurare, necesară ca urmare a unui accident produs în perioada de asigurare dar după deducerea franșizei, sau ca urmare a unei îmbolnăviri diagnosticate pentru prima dată în perioada de asigurare dar după deducerea franșizei și trecerea perioadei de așteptare.

## LIMITA TERITORIALĂ

8. Riscurile sunt acoperite în întreaga lume.

## EXCLUDERI

9. Asiguratorul nu acoperă riscurile asigurate prin prezentul contract dacă Asiguratul a furnizat răspunsuri incorecte/ incomplete sau a făcut declarații false în

documentele contractuale, și nici riscurile asigurate cauzate direct sau indirect de:

- a) afecțiunile medicale preexistente, așa cum au fost acestea definite în prezentele Condiții de asigurare
- b) sinuciderea, încercarea de sinucidere sau de automutilare a Persoanei asigurate.
- c) consumul de alcool, medicamente sau droguri, cu excepția medicamentelor prescrise de un medic, administrate conform rețetelor acestuia
- d) orice fel de boli mentale, tulburări psihice sau de natură nervoasă
- e) otrăvirea sau intoxicația cauzată de ingerarea sau inhalarea de substanțe solide, lichide sau gazoase, cu excepția situației în care acestea au fost generate de un accident
- f) săvârșirea cu intenție de către Persoana asigurată a unei fapte incriminate ca infracțiune de legea statului în care s-a produs fapta (constatăată printr-un act judiciar emis de autoritatea competentă din statul unde s-a săvârșit fapta), dacă aceasta este incriminată în mod similar de legea română
- g) evenimente de război, indiferent dacă războiul a fost declarat sau nu; cu toate acestea, este acoperit decesul Asiguratului cauzat de astfel de evenimente, în timpul prezenței sale în afara țării de reședință, dacă nu a participat activ la acestea
- h) participarea activă a Persoanei asigurate la acte de terorism sau tulburări interne – revolte, tulburări sociale, revoluții – de partea celor care le-au generat
- i) contaminarea radioactivă, acțiunea armelor chimice sau biologice
- j) practicarea unor sporturi sau hobby-uri periculoase precum, dar fără a se limita la: aviație, parașutism, zbor cu parapanta, planorism, deltaplanorism, sărituri cu schiuri, bungeejumping, alpinism, escaladă, speologie, surfing, curse de călărie, rodeo, competiții de arte marțiale, curse auto, circuite pentru motocicliști, rafting, scufundări libere, la mare adâncime sau sub strat de gheață
- k) practicarea unor sporturi la nivel profesionist, încercarea de a atinge recorduri
- l) angajarea în ocupații periculoase precum, dar fără a se limita la: aviație (aviație utilitară, piloți de testare, piloți pentru platformele de combustibil), scafandri care folosesc explozibili, activități de exploatare minieră (în subteran), de instalații pentru combustibili, activități pe platforme de petrol și gaze, activități în industria substanțelor explozibile
- m) evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/ pandemii declarate în mod oficial de către autoritatea abilitată
- n) SIDA sau infecție cu HIV.

10. Suplimentar excluderilor de la articolul 9, Asiguratorul nu acoperă riscul de invaliditate de gradul I cauzat direct sau indirect de:

- a) acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate
- b) anomaliiile congenitale sau complicațiile/ bolile implicate

### Cod versiune condiții de asigurare: GUM01

de anomalii congenitale, indiferent dacă Asiguratul avea sau nu cunoștință de existența acestora.

11. Suplimentar excluderilor de la articolul 9, Asigurătorul nu acoperă riscul de intervenții chirurgicale cauzat direct sau indirect de:

- a) acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate
- b) intervențiile de chirurgie estetică, precum și alte servicii care doar îmbunătățesc sau modifică aspectul fizic al Persoanei asigurate; intervențiile chirurgicale care implică exclusiv incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, sutura tegumentului, precum și injectarea de substanțe terapeutice sau diagnostice
- c) intervențiile chirurgicale care, în opinia medicilor agreeți de Asigurător, sunt experimentale sau sunt efectuate numai în scop diagnostic
- d) intervențiile chirurgicale stomatologice sau pentru restaurare dentară
- e) intervențiile chirurgicale survenite ca urmare a unei intervenții chirurgicale/ tratament, efectuate anterior datei de intrare în vigoare a acoperirii riscului
- f) intervențiile chirurgicale suferite de către Persoana asigurată după mai mult de un an calendaristic de la data producerii accidentului, cu excepția intervențiilor chirurgicale necesare pentru extragerea materialului de osteosinteză introdus cu ocazia unei alte intervenții chirurgicale post-traumatice acoperite prin prezenta clauză
- g) intervențiile chirurgicale necesare pentru a trata anomalii congenitale sau complicațiile/ bolile implicate de anomalii congenitale, indiferent dacă Asiguratul avea sau nu cunoștință de existența acestora
- h) intervențiile chirurgicale necesare pentru corecția chirurgicală a vederii, precum și orice tip de chirurgie oftalmologică, cu excepția cazurilor determinate direct de un accident
- i) intervențiile chirurgicale în legătură cu sarcina preexistentă, cu excepția intervențiilor chirurgicale necesare ca urmare a unui accident
- j) intervențiile chirurgicale pentru tratamentul sau terapia disfuncțiilor sexuale, infertilității, sterilizarea, inseminarea artificială, fertilizarea in-vitro sau transferul embrionului, avortul provocat, circumcizia la cerere, intențiile de schimbare a sexului, frigiditate și/sau impotență, spitalizarea pentru tratarea oricăror tulburări de identitate sexuală.

12. Suplimentar excluderilor de la articolul 9, Asigurătorul nu acoperă riscul de spitalizare cauzat direct sau indirect de:

- a) spitalizarea pentru tratamente sau proceduri medicale care, în opinia medicilor agreeți de către Asigurător, au scop diagnostic/ explorator (analize, radiografie, radioscopie sau fizioterapie sau orice examinare de rutină), cu excepția situației în care rezultatele analizelor efectuate asupra Persoanei asigurate impun spitalizarea
- b) spitalizarea necesară în cazul chirurgiei estetice, precum și a altor servicii care doar îmbunătățesc sau

modifică aspectul fizic al Persoanei asigurate

- c) recuperarea medicală ca urmare a unei afecțiuni nedeterminate direct de un accident
- d) spitalizarea necesară pentru a trata anomalii congenitale sau complicațiile/ bolile implicate de anomalii congenitale, indiferent dacă Asiguratul avea sau nu cunoștință de existența acestora
- e) spitalizarea necesară pentru corecția chirurgicală a vederii, precum și orice tip de chirurgie oftalmologică, cu excepția cazurilor determinate direct de un accident
- f) spitalizarea în legătură cu sarcina preexistentă, cu excepția spitalizării necesare ca urmare a unui accident
- g) spitalizarea pentru tratamentul sau terapia disfuncțiilor sexuale, infertilității, sterilizarea, inseminarea artificială, fertilizarea in-vitro sau transferul embrionului, avortul provocat, circumcizia la cerere, intențiile de schimbare a sexului, frigiditate și/ sau impotență, spitalizarea pentru tratarea oricăror tulburări de identitate sexuală
- h) spitalizarea Persoanei asigurate după mai mult de un an calendaristic de la data producerii accidentului, cu excepția spitalizării pentru extragerea materialului de osteosinteză introdus ca urmare a unui accident produs în perioada de valabilitate a clauzei.

## PRIME DE ASIGURARE ȘI MODALITATE DE PLATĂ

13. Prima de asigurare se plătește la scadențele de plată menționate în Certificatul de asigurare, anticipat și integral pentru perioada de asigurare ulterioară fiecărei scadențe. Asiguratul are obligația plății lunare a primei de asigurare. Plata primei lunare de asigurare se realizează exclusiv prin debitarea automată a contului curent în lei la care este atașată asigurarea, astfel cum Asiguratul autorizează prin mandat UniCredit Bank în scopul efectuării plății primelor de asigurare.

În cazul în care prima de asigurare nu se încasează la scadența de plată, asigurarea beneficiază de perioada de grație; în această perioadă Asiguratul își exprimă consimțământul și autorizează Asigurătorul să emită instrucțiuni succesive de debitare directă a contului cu prima de asigurare lunară, iar Banca va debita automat contul cu suma de plată corespunzătoare instrucțiunii de debitare directă emise de către Asigurat, în condițiile existenței unui mandat de direct debit valid; dacă în această perioadă se încasează integral prima de asigurare lunară, asigurarea reîncepe de la data scadenței a lunii respective.

În cazul în care prima de asigurare nu se încasează până la sfârșitul perioadei de grație, asigurarea se suspendă pentru o perioadă de maximum 2 (două) luni; în perioada de suspendare Asiguratul își exprimă acordul și autorizează Asigurătorul să emită instrucțiuni succesive de debitare directă a contului cu prima de asigurare lunară, iar Banca va debita automat contul cu suma de plată corespunzătoare instrucțiunii de debitare directă emise de către Asigurat, în condițiile existenței unui mandat de direct debit valid; dacă în această perioadă se

### Cod versiune condiții de asigurare: GUM01

Încasează integral o primă de asigurare lunară, asigurarea reîncepe la ora 00:00 a zilei următoare încasării. La încheierea perioadei de suspendare, asigurarea se reziliază pentru neplata primelor de asigurare.

## OBLIGAȚIILE PERSOANEI ASIGURATE/ BENEFICIARULUI

14. Asiguratul este obligat:

a) să confirme, prin apel telefonic înregistrat, acordurile/ declarațiile din documentele solicitate de Asigurător la încheierea contractului de asigurare/ pentru includerea în Grup

iar Beneficiarii sunt obligați:

b) să avizeze în scris Asigurătorul, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea unui risc asigurat, indicând locul, data, ora, cauzele și împrejurările producerii acestuia

c) să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător și să faciliteze eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat; dacă documentele au fost întocmite pe teritoriul altei țări, să furnizeze Asigurătorului traduceri legalizate ale acestora în limba română sau engleză.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. a) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza includerea în asigurare, de a înceta acoperirea Persoanei asigurate în cauză sau de a refuza plata indemnizației de asigurare.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. b) și c) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare dacă, din acest motiv, nu a putut determina cauza producerii riscului asigurat.

Asiguratul are obligația ca, în cazul în care suferă un accident sau se îmbolnăvește, sau în cazul în care Asiguratul dependent copil suferă un accident sau se îmbolnăvește, să ceară și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru a-și/ a-i grăbi restabilirea. Asigurătorul poate refuza plata indemnizației de asigurare în cazul în care constată că Persoana asigurată nu a cerut tratamentul medical, nu a respectat indicațiile medicale sau prestează activități contraindicate în raport cu afecțiunea sau vătămarea suferită.

15. În cazul decesului Asiguratului, Beneficiarul va aviza în scris Asigurătorul cu privire la producerea acestui eveniment. Avizarea trebuie însoțită de următoarele documente:

a) copia legalizată a certificatului de deces

b) copia certificatului medical constatator al decesului

c) procesul-verbal de constatare a accidentului (în cazul decesului Asiguratului ca urmare a unui accident), încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi că evenimentul produs este o consecință a unui accident: adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a dat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.)

d) documente care să ateste calitatea de moștenitor

e) documente de identificare ale Beneficiarilor

f) detaliile bancare necesare pentru plata sumei asigurate

g) orice alt document solicitat de Asigurător, necesar soluționării dosarului de daună.

16. În cazul producerii riscului de invaliditate de gradul I ca urmare a unui accident, Asiguratul va furniza Asigurătorului următoarele documente:

a) decizia de încadrare în gradul I de invaliditate sau de stabilire a gradului de handicap cu deficiență funcțională gravă și documentele medicale care atestă cauzele și circumstanțele producerii invalidității, inclusiv istoricul medical al afecțiunii

b) procesul-verbal de constatare a accidentului, încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi că evenimentul produs este o consecință a unui accident: adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.

c) copia actului de identitate al Asiguratului semnată de acesta

d) detaliile bancare necesare pentru plata sumei asigurate

e) orice alt document solicitat de Asigurător, necesar soluționării dosarului de daună.

17. În cazul producerii riscului de intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei boli, Asiguratul va furniza Asigurătorului următoarele documente:

a) bilet de ieșire din spital – în original

b) copia foii de observație din spital, care să conțină data și ora la care a început și s-a terminat spitalizarea Persoanei asigurate

c) adeverința medicului chirurg incluzând descrierea protocolului operator; acest document trebuie să precizeze data efectuării intervenției chirurgicale, precum și istoricul clinic

d) procesul-verbal de constatare a accidentului (în cazul intervenției chirurgicale ca urmare a unui accident), încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi că evenimentul produs este o consecință a unui accident: adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.

e) copia actului de identitate al Asiguratului semnată de acesta

f) certificatul de naștere sau orice alt document care să ateste calitatea de copil al Asiguratului, pentru Asiguratul dependent copil

g) detaliile bancare necesare pentru plata sumei asigurate

h) orice alt document solicitat de Asigurător, necesar soluționării dosarului de daună.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita documente medicale care să ateste necesitatea repetării intervenției chirurgicale.

18. În cazul producerii riscului de spitalizare ca urmare a unui accident sau a unei boli, Asiguratul va furniza Asigurătorului următoarele documente:

a) bilet de ieșire din spital – în original

b) copia foii de observație din spital, data și ora la care a început și s-a terminat spitalizarea Persoanei asigurate, descrierea Protocolului operator, dacă Asiguratorul o solicită

c) procesul-verbal de constatare a accidentului (în cazul spitalizării ca urmare a unui accident), încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi că evenimentul produs este o consecință a unui accident: adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.

d) copia actului de identitate al Asiguratului semnată de acesta

e) certificatul de naștere sau orice alt document care să ateste calitatea de copil al Asiguratului, pentru Asiguratul dependent copil

f) detaliile bancare necesare pentru plata sumei asigurate

g) orice alt document solicitat de Asigurator, necesar soluționării dosarului de daună.

19. Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita examinări/rapoarte suplimentare referitoare la starea de sănătate a Persoanei asigurate în vederea stabilirii numărului de zile de spitalizare necesare și a indemnizației de spitalizare; examinarea suplimentară va fi efectuată de către medici agreați de către Asigurator, în acest caz costurile cu examinarea fiind suportate de către Asigurator.

## DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI ÎN CAZUL PRODUCERII ȘI AVIZĂRII RISCULUI

20. Dacă, în legătură cu producerea unui risc asigurat, împotriva Persoanei asigurate/ Beneficiarului în caz de deces a fost instituită o anchetă sau o procedură penală, Asiguratorul are dreptul să amâne luarea unei decizii asupra încadrării evenimentului conform prezentelor condiții de asigurare, până la finalizarea respectivelor acțiuni legale.

21. Orice piedică sau informație incompletă sau incorectă furnizată de către Asigurat/ Beneficiar/ terț mandatar al acestora, care împiedică Asiguratorul să determine cauzele producerii riscului asigurat, dă Asiguratorului dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare până la furnizarea informațiilor necesare în vederea luării unei decizii privind dosarul de daună.

22. Asiguratorul are obligația să valideze conformitatea documentelor justificative solicitate, să finalizeze toate investigațiile privind producerea evenimentului avizat și să transmită decizia sa persoanelor îndreptățite în termen de 15 zile calendaristice de la data la care primește toate documentele necesare evaluării dosarului de daună.

23. Dacă, pe baza documentelor solicitate, Asiguratorul decide că riscul avizat este risc acoperit conform prezentelor condiții de asigurare, în termenul asumat pentru comunicarea deciziei sale, acesta va proceda astfel:

a) în cazul decesului Asiguratului ca urmare a unei boli, va plăti Beneficiarului indemnizația de asigurare calculată în

raport cu suma asigurată aferentă acestui risc

b) în cazul decesului Asiguratului ca urmare a unui accident, va plăti Beneficiarului indemnizația de asigurare calculată în raport cu suma asigurată aferentă acestui risc

c) în cazul invalidității de gradul I ca urmare a unui accident a Asiguratului, va plăti acestuia indemnizația de asigurare calculată în raport cu suma asigurată aferentă acestui risc

d) în cazul producerii unei intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei boli suferite de Persoana asigurată, va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare calculată în raport cu suma asigurată aferentă acestui risc

e) în cazul producerii spitalizării ca urmare a unui accident sau a unei boli a Persoanei asigurate, va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare calculată în raport cu suma asigurată aferentă acestui risc.

24. Acoperirea unei intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei boli va face obiectul următoarelor limitări/ precizări:

- două sau mai multe intervenții chirurgicale efectuate sub aceeași anestezie sunt considerate o singură intervenție

- în cazul în care o intervenție chirurgicală ar fi putut fi efectuată în același timp cu o altă intervenție chirurgicală, dar nu a fost efectuată, doar o singură intervenție chirurgicală este considerată, cu excepția situației în care întârzierea este corespunzător documentată medical

- dacă un tratament chirurgical este efectuat prin intervenții chirurgicale repetate, toate intervențiile sunt considerate ca o singură intervenție.

25. Acoperirea pentru spitalizare este calculată în baza sumei asigurate zilnice și a numărului de zile de spitalizare, conform următoarelor precizări:

- numărul maxim de zile de spitalizare pentru care se plătesc indemnizații pentru o Persoană asigurată (incluzând și numărul de zile de spitalizare la terapie intensivă) conform celor specificate în prezentele Condiții de asigurare

- indemnizația de spitalizare se plătește pentru toată perioada de spitalizare, după deducerea franșizei

- indemnizația se plătește la sfârșitul perioadei de spitalizare, însă Asiguratul are dreptul să solicite indemnizația aferentă primelor 7 zile de spitalizare care fac parte dintr-o spitalizare mai lungă de 7 zile consecutive și complete, prezentând Asiguratorului toate documentele solicitate. Asiguratul poate cere plata indemnizațiilor aferente perioadelor de 7 zile consecutive la expirarea fiecărei astfel de perioade.

26. Dacă, pe baza documentelor solicitate, Asiguratorul decide că riscul produs în perioada de asigurare nu este acoperit conform condițiilor de asigurare, acesta va informa Asiguratul/ Beneficiarul asupra deciziei de neîncadrare în condițiile de asigurare a evenimentului avizat și asupra refuzului de plată a sumei asigurate.

## REGLEMENTAREA PLĂȚILOR DATORATE DE ASIGURĂTOR ÎN BAZA OBLIGAȚIILOR

Cod versiune condiții de asigurare: GUM01

## CONTRACTUALE

27. Indemnizațiile de asigurare se vor plăti în moneda contractului de asigurare, într-un cont bancar comunicat în scris Asiguratorului și deschis la o bancă de pe teritoriul României sau prin orice altă modalitate de plată agreată de către Asigurator, în termen de 15 zile de la data furnizării tuturor documentelor necesare.

28. Eventualele taxe și comisioane privind operațiunile de plată a indemnizațiilor de asigurare vor fi suportate de către Asigurator. În cazul în care detaliile de plată comunicate de Beneficiar nu sunt corecte și/ sau complete, iar încercarea de efectuare a plății de către Asigurator eșuează, Asiguratorul își rezervă dreptul de a reține taxele și comisioanele aferente următoarei/ următoarelor ordonări la plată a aceleiași sume din valoarea ce urmează să fie plătită.

29. Indemnizațiile de asigurare datorate și neîncasate de Beneficiar se păstrează în evidențele Asiguratorului aferente contractului de asigurare, fără a fi purtătoare de dobândă.

30. Asiguratorul își rezervă dreptul de a deduce eventuala datorie în baza contractului de asigurare din indemnizațiile de asigurare convenite.

31. Contractul de asigurare nu are valoare de răscumpărare.

## ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

32. Răspunderea contractuală a Asiguratorului încetează la inițiativa Asiguratorului, conform prevederilor condițiilor de asigurare sau a dispozițiilor legale ori în baza prevederilor sancțiunilor internaționale.

33. Răspunderea contractuală a Asiguratorului încetează la inițiativa Asiguratului, astfel:

- a) la solicitarea de renunțare unilaterală la asigurare, comunicată de Asigurat, prin apel telefonic înregistrat către Bancă sau în scris către Asigurator
- b) acoperirea încetează la ora 24:00 a ultimei zile din ultima lună pentru care s-a achitat prima de asigurare, în cazul în care solicitarea de renunțare unilaterală este comunicată după efectuarea plății prime de asigurare respective.

34. Acoperirea tuturor riscurilor asigurate prin contractul de asigurare încetează pentru toate Persoanele asigurate la data:

- a) la care Asiguratul pierde calitatea de asigurat, inclusiv ca urmare a decesului
- b) la care expiră perioada de suspendare
- c) renunțării unilaterale la asigurare din partea Asiguratului, conform art. 33 din prezentele Condiții de asigurare
- d) închiderea contului bancar deținut de Asigurat la Bancă

35. Acoperirea tuturor riscurilor asigurate prin contractul de asigurare încetează pentru o Persoană asigurată la data unuia dintre următoarele evenimente:

- a) decesul Persoanei asigurate respective
- b) efectuarea plății sau comunicarea deciziei privind refuzul plății sumei asigurate pentru invaliditate de gradul I ca urmare a unui accident suferit de Asigurat, în situația în care invaliditatea de gradul I ca urmare a unui accident este dovedită din punct de vedere medical, dar nu sunt îndeplinite toate celelalte condiții contractuale
- c) efectuarea plății sumei asigurate pentru numărul maxim de intervenții chirurgicale suferite de Persoana asigurată respectivă, prevăzut pentru întreaga perioadă asigurată
- d) când numărul total de zile de spitalizare pentru care s-au plătit indemnizații pentru Persoana asigurată respectivă egalează limita maximă prevăzută pentru întreaga perioadă asigurată
- e) împlinirea vârstei de:
  - 70 de ani pentru Asigurat
  - 21 de ani pentru Asigurat dependent copil.

Acoperirea încetează la ora 24.00 a ultimei zile a lunii împlinirii vârstei.

## CORESPONDENȚA PRIVIND CONTRACTUL DE ASIGURARE

36. Orice comunicare a Asiguratorului adresată Asiguratului se face folosind cele mai recente date de contact comunicate de către Asigurat, chiar dacă acestea sunt ale unui terț. Conținutul corespondenței îi este opozabil Asiguratului, chiar dacă acesta nu și-a respectat obligația contractuală de a informa Asiguratorul cu privire la modificarea datelor sale de contact.

37. Asiguratorul nu își asumă nicio responsabilitate în ceea ce privește efectele și consecințele decurgând din întârzierea, nerecepționarea, deteriorarea, pierderea sau din alte erori de transmitere a mesajelor, scrisorilor sau documentelor, din motive independente de activitatea Asiguratorului.

## DISPOZIȚII FINALE

38. Orice solicitare adresată Asiguratorului, conform condițiilor de asigurare, se va face telefonic sau în scris de către Asigurat.

39. Respectarea de către Asigurat/ Beneficiar a obligațiilor ce le revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile lor sunt corecte și sincere, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asiguratorului de a plăti indemnizațiile de asigurare.

40. Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare este legea română.

41. Posibilele litigii ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare, vor fi soluționate de instanțele de judecată competente.

Cod versiune condiții de asigurare: GUM01

În vederea rezolvării pe cale amiabilă a reclamațiilor formulate de Titularul de contract/ Asigurat/ Beneficiar, acesta va transmite o reclamație scrisă la oricare dintre adresele de mai jos:

- Poștă/Registratură: Str. Căderea Bastiliei 80 - 84, cod poștal 010617, sector 1, București
- E-mail: [reclamatii@allianztiriac.ro](mailto:reclamatii@allianztiriac.ro)
- Site: [www.allianztiriac.ro](http://www.allianztiriac.ro), secțiunile Contact și Reclamații

De asemenea, se pot adresa reclamații către Autoritatea de Supraveghere Financiară, București, Splaiul Independenței nr. 15, sector 5, telefon: 0800825627, fax: 021.659.60.51 / 021.659.64.36, e-mail: [office@asfromania.ro](mailto:office@asfromania.ro)

Consumatorul are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, prin intermediul entității SAL-FIN, care funcționează exclusiv în cadrul A.S.F. În prealabil, trebuie să facută dovada că s-a încercat soluționarea litigiului direct cu comerciantul în cauză. Mai multe informații se găsesc pe <https://www.allianztiriac.ro>, secțiunea Aspecte legale/ Soluționarea alternativă a litigiilor.

42. Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în

termen de 5 zile; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentele respective.

Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor care le revin în cadrul prezentului contract după producerea oricăruia dintre cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă

43. Asiguratorul își rezervă dreptul de a modifica anual cotațiile de primă în cazul în care frecvența de apariție a riscului asigurat, cuantificată prin riscuri avizate și îndreptățite, se modifică semnificativ față de cea asumată în calculul tarifelor de primă la data intrării în vigoare/ data precedentei aniversări a contractului. Asiguratorul va aduce la cunoștința Asiguratului noile prime de asigurare cu 30 de zile înainte de aniversarea contractului de asigurare, dată de la care se va aplica modificarea primelor. În cazul în care Asiguratul nu este de acord cu modificarea primei, Asiguratorul își rezervă dreptul de a rezilia unilateral contractul de asigurare.

Pachete de acoperiri	BRONZE	SILVER	GOLD	GOLD PLUS	
	Asigurat	Asigurat	Asigurat	Asigurat	Asigurat dependent copil
<b>Risc asigurat</b>	Sume asigurate (lei)				
Deces ca urmare a unei boli	1.000	1.000	1.000	1.000	-
Deces ca urmare a unui accident	80.000	180.000	240.000	240.000	-
Invaliditate de gradul I ca urmare a unui accident	80.000	180.000	240.000	240.000	-
Intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident	4.000	4.000	-	-	-
Intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei boli	-	-	4.000	4.000	4.000
Spitalizare ca urmare a unui accident sau a unei boli	-	-	240 / zi	240 / zi	240 / zi

*Cod versiune condiții de asigurare: GUM01*