

Condiții privind asigurarea de sănătate de grup SanaPlan

INTRODUCERE

1. Asigurarea de sănătate SanaPlan este un produs destinat în exclusivitate persoanelor juridice și asimilate acestora, care doresc să încheie un astfel de contract pentru un grup de persoane, în calitate de Contractanți.

2. În spiritul celor de mai sus, Allianz-Tiriac Asigurări S.A. asigură persoane fizice pentru riscurile expres prevăzute în poliță și în condițiile de asigurare.

3. Condițiile de asigurare, oferta de asigurare, Tabelul de beneficii împreună cu toate documentele semnate de către Contractant și/sau Asigurat/Asigurat dependent la solicitarea Asiguratorului, precum și toate documentele emise de Asigurator în legătură cu prezenta asigurare, sunt parte integrantă a contractului de asigurare.

DEFINIȚII

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

A doua opinie medicală: serviciu oferit de Asigurator prin intermediul unor parteneri medicali specializați, în scopul confirmării/evaluării unui diagnostic sau al unui tratament complex.

Accident: orice eveniment, subit, violent care cauzează vătămări corporale produse ca urmare a acțiunii unor factori externi și care apare independent de voința Asiguratului/ Asiguratului dependent. În sensul prezentelor condiții se acoperă serviciile medicale justificate din punct de vedere medical, accesate într-un termen maxim de 180 de zile de la data producerii accidentului.

Accident de muncă: accidentul care are loc în timpul procesului de muncă sau în timpul îndeplinirii îndatoririlor de serviciu.

Accident rutier: accidentul produs pe un drum deschis circulației publice în care a fost implicat cel puțin un vehicul în mișcare, înregistrat conform legislației în vigoare în România.

Acoperire unitară: situația în care Asiguratul/Asiguratul dependent beneficiază de protecția aferentă unui contract de asigurare de sănătate de grup, astfel:

- neîntrerupt, prin derularea unui contract sau unor contracte succesive cu Asiguratorul;
- prin confirmarea scrisă a Asiguratorului privind caracterul unitar al acoperirii, înaintea începerii unei noi derulări contractuale:
 - după o întrerupere în acoperirea riscului prin derularea unuia sau mai multor contracte cu Asiguratorul sau
 - succesiv altele avute cu un asigurator diferit.

Act de terorism: Orice act care:

- implică – fără a se limita la – utilizarea forței, violenței sau amenințarea oricărei persoane sau grupuri de persoane;
- 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 sau similar sau
 - intenția de a influența orice guvern și/sau de a induce panică și intimidare în rândul populației, creându-se o stare de teroare

sau care:

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

Afecțiune acută: afecțiune/ boală instalată brusc sau cu un debut de maxim 90 zile, care în urma unui tratament adecvat, pe termen scurt, conduce la recăpătarea stării de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

Afecțiune/ vătămare/ condiție medicală pre-existentă: orice leziune, boală sau consecințele acestora, precum și orice manifestare patologică sau de natură medicală rezultată în urma unei boli sau a unui accident survenite anterior celei mai recente date de la care Asiguratul/ Asiguratul dependent deține o acoperire unitară pentru același tip de Plan de asigurare, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu și pentru care Asiguratul/ Asiguratul dependent:

- 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 unitate medicală.

Asigurat: persoana fizică a cărei stare de sănătate este asigurată prin prezentul contract de asigurare.

Asigurat dependent: persoana fizică a cărei stare de sănătate este asigurată prin prezentul contract de asigurare și care este soțul/ soția sau copilul Asiguratului sau o altă persoană aflată în orice relație cu Asiguratul, acceptată de Asigurator și având aceleași obligații menționate în Condițiile de asigurare ca Asiguratul.

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

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 un medic conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice.

Boală cronică: afecțiune medicală care are cel puțin una din următoarele caracteristici:

- a) este expresia unor modificări fiziopatologice și/sau anatomopatologice ireversibile;
- b) manifestările clinice și/sau paraclinice au debutat de mai mult de 90 de zile;
- c) este incurabilă, deși manifestările clinice și/sau paraclinice pot fi absente pe perioade variabile;
- d) evoluția este progresivă cu sau fără tratament;
- e) evoluția este regresivă, dar există potențial permanent de recădere/recidivă/agravare/complicații;
- f) necesită supraveghere medicală și/sau intervenție terapeutică constantă.

Categorie: un subgrup de Asigurați, omogen din punct de vedere al planurilor și beneficiilor care sunt acoperiți prin contractul de asigurare.

Certificat: înscrisul constatator al încheierii contractului de asigurare emis de Asigurator pentru Asigurat/Asigurat dependent.

Consultație: interviul clinic și examinarea medicală efectuate de medicul specialist în cabinetul de specialitate sau în secția clinică a unui spital.

Contractant: persoana juridică care încheie contractul de asigurare cu Asiguratorul, plătește prima de asigurare și care, în această calitate, are drepturile și obligațiile specificate în condițiile de asigurare.

Control anual preventiv: pachet de servicii medicale efectuat o singură dată pe an de asigurare, la solicitarea Asiguratului/ Asiguratului dependent, în vederea detectării timpurii a oricărei simptomatologii care ar putea indica prezența riscului asigurat. Descrierea pachetului este inclusă în Tabelul de beneficii.

Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare: data înscrisă în poliță la care începe răspunderea Asiguratorului.

Data de încetare a contractului de asigurare: data înscrisă în poliță la care contractul de asigurare expiră.

Condiții privind asigurarea de sănătate de grup SanaPlan

S.C. Allianz-Tiriac Asigurări S.A.
Str. Căderea Bastiliei nr. 80-84
Sector 1, București, 010616, România
Telefon 021 2082 222
Fax 021 2082 211
www.allianztiriac.ro

Capital social subscris și vărsat: 94.393.890 lei
Înregistrat la ORC sub nr. J40/15882/1994, CUI: 6120740
Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară
Codul alocat în Registrul asiguratorilor și reasiguratorilor: RA-017
Codul LEI 529900KXNXM9MBH8GS45
Operator de date cu caracter personal nr. 779
EN ISO 9001:2015

CGS18a



Data de reziliere a contractului de asigurare: data începând de la care răspunderea Asigurătorului pentru riscurile survenite ulterior încetează.

Datorii în baza contractului de asigurare: prime de asigurare neplătite la scadență, taxe și alte costuri neachitate, datorate Asigurătorului conform condițiilor de asigurare.

Decontare directă: modalitatea de plată utilizată de Asigurător pentru achitarea către Furnizorul de servicii medicale din rețeaua partenerilor medicali a serviciilor medicale acoperite prin contractul de asigurare, după ce acestea au fost prestate Asiguratului/ Asiguratului dependent.

Diagnosticare: procesul de identificare a unei boli sau vătămări corporale în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice.

Forță majoră: în sensul prezentului contract, termenul forță majoră înseamnă un eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil, 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 mai multora dintre evenimentele care urmează: catastrofe naturale, incendii, inundații, explozii, fulgere, tornade, cutremure, alunecări de teren, epidemii, război, război civil, blocade, insurecții, sabotaj, acte de terorism, tulburări civile, stare de necesitate, stare de urgență.

Fransiză: costuri sau servicii medicale menționate în contractul de asigurare care nu sunt decontate de Asigurător, ci sunt suportate financiar de către Asigurat/ Asiguratul dependent la accesarea beneficiilor asigurării și care sunt menționate în Tabelul de beneficii.

Furnizor de servicii medicale: persoana fizică sau juridică a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății din România pentru a presta servicii medicale, în conformitate cu legislația română în vigoare.

Grup: asocieri de persoane fizice constituită în alt scop decât cel al încheierii și deținerii unui contract de asigurare de grup.

Indemnizație de asigurare: sumă de bani plătită Asiguratului/ Asiguratului dependent de către Asigurător în cazul producerii unui risc asigurat prin contractul de asigurare.

Intermediar: reprezentant de vânzări, persoană fizică sau juridică, autorizat să desfășoare activitatea de intermediere de asigurări conform reglementărilor legale în vigoare, care, în baza unui contract de mandat încheiat cu Asigurătorul, poate încheia contractul de asigurare.

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

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

Sunt considerate intervenții chirurgicale și alte proceduri chirurgicale, dacă îndeplinesc următoarele criterii:

- d) constituie soluția optimă recomandată de medicul specialist pentru îndepărtarea procesului patologic;
- e) prezintă avantajul unei durate scăzute a perioadei de spitalizare;
- f) sunt caracterizate printr-o perioadă de recuperare mai redusă și printr-un număr mai redus de complicații;
- g) au un caracter invaziv mai scăzut în comparație cu procedurile chirurgicale clasice, fiind mai puțin traumatizante din punct de vedere al durerii resimțite de pacient și al complicațiilor postcincionale.

Intervenții chirurgicale în ambulatoriu: intervenții chirurgicale efectuate la recomandarea și sub supravegherea medicului specialist care nu implică spitalizare.

Limita de acoperire: suma maximă/ numărul maxim de servicii medicale pentru care Asigurătorul plătește indemnizație de asigurare/ rambursează costuri sau face decontare directă pentru servicii medicale în cazul producerii unui risc asigurat.

Medic: persoana cu pregătire medicală superioară de specialitate care deține drept de liberă practică în România.

Medicină complementară/ alternativă: proceduri de îngrijire a sănătății, care nu sunt incluse în sistemul principal al serviciilor medicale de sănătate, dar sunt folosite ca terapii adjuvante sau de înlocuire a procedurilor terapeutice clasice. Domeniul include proceduri terapeutice naturiste, biologice, de nutriție, manuale, bioelectromagnetice și energetice, de exemplu: apiterapie, aromaterapie, acupunctură, homeopatie, presopunctură, reflexoterapie, medicină tradițională chinească etc.

Moneda contractului de asigurare: moneda în care sunt exprimate valorile limitelor de acoperire, prima de asigurare și indemnizațiile de asigurare.

Necesitate medicală: un serviciu medical adecvat pentru diagnosticarea sau tratarea unei afecțiuni medicale sau leziuni posttraumatice. Pentru a putea fi considerat necesitate medicală, un serviciu medical trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

- a) să corespundă practicilor și standardelor profesionale medicale general acceptate;
- b) motivul alegerii serviciului respectiv să nu fie reprezentat exclusiv de nevoia de confort a pacientului sau a personalului medical;
- c) eficiența să fie dovedită și recunoscută în condițiile respectării indicațiilor medicale;
- d) serviciul să fie efectuat de un Furnizor de servicii medicale;
- e) durata să corespundă indicației medicale, în funcție de evoluția stării de sănătate.

Oferta de asigurare: document furnizat de către Asigurător Contractantului, pe baza opțiunilor acestuia din urmă, cuprinzând informațiile necesare pentru încheierea contractului de asigurare.

Perioada de valabilitate a contractului de asigurare: perioada de timp dintre data de intrare în vigoare și data de încetare, în care contractul de asigurare este în vigoare.

Perioadă de așteptare: perioada continuă de timp în care Asigurătorul nu acoperă pentru un Asigurat/ Asiguratul dependent un anumit beneficiu începând cu cea mai recentă dată de la care a început o acoperire unitară a acestuia. Durata perioadei de așteptare (dacă există) este menționată în ofertă și în Tabelul de beneficii.

Plan de asigurare: o categorie de beneficii (Ambulatoriu, Spitalizare sau Stomatologie) prevăzută în contractul de asigurare de sănătate de grup și menționată în Tabelul de beneficii, pentru care este datorată o primă de asigurare.

Polită: documentul care confirmă încheierea contractului de asigurare.

Prima de asigurare: suma de bani datorată de către Contractant Asigurătorului, compusă din suma primelor planurilor de asigurare atașate contractului de asigurare.

Proceduri de subscriere: totalitatea normelor și reglementărilor stabilite de către Asigurător pe care Contractantul/ Asiguratul/ Asiguratul dependent trebuie să le parcurgă în scopul evaluării, cuantificării și clasificării riscurilor preluate de către Asigurător prin contractul de asigurare, în vederea preluării/ modificării riscului.

Puseu acut al unei boli cronice și/sau al unei afecțiuni pre-existente: agravarea bruscă a simptomatologiei unei boli cronice sau a unei afecțiuni pre-existente sau apariția unor semne/ simptome severe noi, care impun în maxim 90 de zile intervenția medicală în scopul prevenirii leziunilor organice/ decompensărilor funcționale ireversibile.

Rambursare costuri servicii medicale: modalitatea de decontare utilizată de Asigurător pentru plata, totală sau parțială, către Asigurat a costurilor serviciilor medicale achitate direct de acesta și acoperite prin contractul de asigurare, după ce acestea au fost prestate Asiguratului/ Asiguratului dependent de către instituții medicale autorizate din România.

Regularizare: reprezintă recalcularea periodică a primei de asigurare în funcție de fluctuațiile în ceea ce privește numărul, structura pe vârste și categorii a membrilor grupului, ca urmare a intrărilor și ieșirilor asiguraților din grup.

Rețeaua de parteneri medicali: lista furnizorilor de servicii medicale cu care Asiguratorul are încheiate contracte de prestări servicii medicale. Lista partenerilor medicali agreeți se actualizează permanent și este disponibilă pe pagina de internet a Asiguratorului www.allianztiriac.ro.

Scadență de plată: dată precizată în poliță la care Contractantul datorează o primă de asigurare.

Servicii medicale: consultații medicale, tratamente, proceduri sau investigații medicale efectuate de către personal medical de specialitate și autorizat, dintr-o instituție sanitară publică sau privată, autorizată de autoritățile naționale competente, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate: sistem de ocrotire a sănătății populației din România reglementat prin lege.

Spital: furnizor de servicii medicale (instituție medicală publică sau privată), autorizat și care îndeplinește cumulativ condițiile prevăzute de lege pentru acordarea de îngrijiri medicale, inclusiv în regim de internare.

Spitalizare: perioadă continuă de internare într-un spital, ce include cel puțin o noapte de cazare, recomandată de un medic în scopul diagnosticării și tratării afecțiunilor și/sau vătămarilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli.

Tratament: serviciu medical necesar în vederea vindecării sau ameliorării unei boli sau a unei vătămări corporale. În sensul prezentelor condiții, tratament nu include intervențiile chirurgicale.

Tratament sau procedură efectuate în scop experimental: orice medicament, dispozitiv, procedură sau tratament vor fi considerate experimentale dacă:

- datele privind siguranța și efectele pe termen lung ale tratamentului sau procedurii respective, publicate în literatura de specialitate în urma efectuării studiilor clinice, sunt insuficiente, sau
- deși îndeplinesc criteriile impuse de legislație, nu s-a început promovarea lor sau
- sunt certificate de către autoritatea medicală națională drept tratamente sau proceduri experimentale sau
- toate protocoalele existente, specifice tratamentelor sau procedurilor respective, recunosc încadrarea acestora la stadiul experimental.

Tabel de beneficii: lista beneficiilor și a serviciilor medicale acoperite conform planurilor de asigurare. Tabelul de beneficii aferent fiecărei categorii este parte integrantă din contractul de asigurare.

Urgență medicală: o vătămare sau o afecțiune ce presupune un risc imediat pentru viața persoanei sau afectează sănătatea acesteia și care necesită îngrijiri medicale imediate, conform legislației în vigoare.

Urgență medicală stomatologică: o stare medicală de cauză dentară care implică leziuni ale elementelor componente ale cavității bucale: dinții, gingia, buzele, obrații sau limba, cu simptomatologie ce include durerea (durerea acută a dinților și maxilarelor, durere acută la masticăție sau la cald sau rece, durere ce se extinde spre urechi sau gât), sângerări în cavitatea bucală (hemoragii post-extracționale, traumatisme dento-alveolare sau fracturi dentare), fracturi dentare sau leziuni ale limbii sau buzelor de cauze dentare, infecții.

Zi de spitalizare: se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică indiferent de ora internării și externării Asiguratului/ Asiguratului dependent.

ÎNCEPUTUL RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

5. Răspunderea Asiguratorului pentru fiecare Asigurat/ Asigurat dependent începe la data la care se confirmă dobândirea calității de Asigurat/ Asigurat dependent ca urmare a finalizării procedurilor de subscriere și a achitării primei de asigurare, dar nu mai devreme de ora 0:00 a zilei următoare intrării în valabilitate menționate în poliță/ certificat.

ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

6. Contractul de asigurare se încheie pe o perioadă de un an.

7. Moneda contractului de asigurare este leul românesc (RON).

8. Asiguratorul poate accepta calitatea de Asigurat pentru un membru al grupului dacă, la data solicitării de preluare în asigurare, acesta îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- are vârsta între 16-64 ani. Se consideră vârsta în ani împliniți;
- prestează activități în beneficiul Contractantului în baza unui contract de muncă, de mandat sau de prestări servicii ori este asociat/ acționar al Contractantului ori desfășoară alte activități de natura celor ce formează obiectul de activitate al Contractantului (ex. în calitate de membru al unei asociații non-profit, fundație, asociație, sindicat etc.) și nu se află în incapacitate temporară de muncă;
- este desemnat de Contractant prin nominalizare și identificare prin nume, prenume, CNP. Conform modului de desemnare, Contractantul acceptă dreptul Asiguratorului de a iniția, în funcție de planurile solicitate și de procentul de cuprindere în asigurare a grupului, parcurgerea procedurilor sale de subscriere a riscurilor în vederea stabilirii eligibilității pentru calitatea de Asigurat;

9. Contractantul poate solicita includerea în asigurare a unuia sau mai multor Asigurați dependenți. Asigurații dependenți pot fi incluși în asigurare la aceeași dată cu Asiguratul de care depind, conform specificațiilor din prezentele condiții de asigurare, dacă Asiguratorul nu decide altfel.

10. Vârsta Asiguratului dependent la data emiterii poliței trebuie să fie între 0-64 ani. În sensul prezentelor condiții de asigurare se ia în calcul vârsta în ani împliniți la data includerii în asigurare.

11. Contractul de asigurare se încheie în baza ofertei de asigurare acceptată și confirmată prin semnătură de către Contractant și a listei cu persoanele asigurate trimisă de acesta, documente ce reprezintă părți integrante ale contractului de asigurare.

12. Contractul de asigurare se consideră încheiat prin emiterea de către Asigurator a poliței de asigurare și plata de către Contractant a primei de asigurare.

RISCURI ASIGURATE

13. Asiguratorul acoperă în perioada de valabilitate a contractului de asigurare riscurile de îmbolnăvire (boală) și accident ale Asiguratului/ Asiguratului dependent. În legătură cu producerea acestor riscuri, Asiguratorul preia costul serviciilor medicale aferente beneficiilor indicate în documentele contractuale, după trecerea perioadei de așteptare, dacă există, și efectuate în perioada de valabilitate a contractului de asigurare sau în maximum 30 de zile de la încetarea acestuia.

14. Modalitățile de preluare de către Asigurator a costurilor serviciilor medicale sunt următoarele:

- În baza planului Ambulatoriu, Asiguratorul efectuează decontare directă sau rambursează costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului/ Asiguratului dependent, în conformitate cu Tabelul de beneficii aferent planului Ambulatoriu.
- În baza planului Spitalizare, Asiguratorul efectuează decontare directă, oferă indemnizații de asigurare sau rambursează costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului/ Asiguratului dependent, în conformitate cu Tabelul de beneficii aferent planului Spitalizare.
- În baza planului Stomatologie, Asiguratorul efectuează decontare directă sau rambursează costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului/ Asiguratului dependent în conformitate cu Tabelul de beneficii aferent planului Stomatologie.

SUBSCRIEREA RISCOLUI

15. Asiguratorul își rezervă dreptul de a efectua evaluări conform procedurilor sale de subscriere, înainte de preluarea/ reactivarea/ majorarea unui risc sau ori de câte ori expunerea Asiguratorului la riscurile acoperite s-a modificat din punct de vedere ocupațional, rezidențial, al stilului de viață sau al interesului asigurabil.

16. După finalizarea procedurilor de subscriere, Asiguratorul poate decide preluarea/ re-confirmarea/ reactivarea/ majorarea acoperirii riscurilor, după cum urmează:

- în condițiile solicitate;

- b) în alte condiții decât cele solicitate;
- c) refuzul acestora;
- d) amânarea deciziei.

LIMITA TERITORIALĂ

17. Contractul de asigurare este valabil pentru serviciile medicale, serviciile de spitalizare și intervenții chirurgicale accesate pe teritoriul României, dacă Tabelele de beneficii nu prevăd altfel.

LIMITE DE ACOPERIRE

18. Limitele de acoperire sunt menționate în Tabelele de beneficii aferente planurilor de asigurare.

EXCLUDERI

19. Asigurătorul nu acoperă riscul cauzat direct sau indirect de:

- a) evenimente de război (indiferent dacă a fost declarat sau nu), ale invaziei sau acțiunii unui dușman extern, ale războiului civil, revoluției, insurecției, dictaturii militare, conspirației, urmările actelor de terorism, precum și orice costuri legate direct sau indirect de acțiuni întreprinse cu scopul de a controla, a preveni sau a suprima orice eveniment menționat anterior;
- b) contaminarea radioactivă, acțiunea armelor chimice sau biologice;
- c) boli sau accidente pe care Asiguratul/ Asiguratul dependent și le-a provocat intenționat, încercarea de sinucidere sau de automutilare a Asiguratului/ Asiguratului dependent chiar dacă acesta s-a aflat într-o situație în care i-a fost afectat discernământul;
- d) starea de ebrietate, etilismul cronic, consumul de medicamente sau droguri, cu excepția medicamentelor prescrise de către un medic și administrate conform prescripției acestuia;
- 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) evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/pandemii declarate în mod oficial de către Autoritatea abilitată;
- g) desfășurarea unor activități periculoase precum: forțe armate (servicii speciale, activități cu dispozitive explozibile, aviație militară, navigație militară, pompieri militari), aviație (aviație utilitară, piloți de testare, piloți pentru platformele de combustibil), scafandri care folosesc explozibili, forțe speciale ale poliției, servicii de securitate personală, alpinism utilitar, activități de exploatare minieră (în subteran), de instalații pentru combustibili, activități pe platforme de petrol și gaze, activități în industria substanțelor explozibile;
- h) practicarea la nivel profesionist a oricărui sport, atât în timpul antrenamentelor, cât și al competițiilor; practicarea la nivel de amator sau profesionist a unor activități sau hobby-uri considerate periculoase cum ar fi, dar fără a ne limita la: alpinism, escaladă, arte marțiale, curse de vehicule motorizate, rugby, activități de aviație și navigație nedestinate transportului autorizat de persoane, K1, lupte de corp, box, parașutism, planorism, zbor cu parapanta, deltaplanorism, sărituri cu schiurile, bungee-jumping, speologie, surfing, curse de călărie, rodeo, curse auto, circuite pentru motocicliști, rafting, scufundări libere la mare adâncime sau sub strat de gheață;
- i) participarea Asiguratului/ Asiguratului dependent la misiuni militare cu profil operativ sau de instruire (inclusiv misiuni de menținere a păcii);
- j) participarea activă a Asiguratului/ Asiguratului dependent la acte de terorism sau tulburări interne (revolte, tulburări sociale, revoluții), de partea celor care le-au generat;
- k) săvârșirea cu intenție de către Asigurat/ Asigurat dependent a unei fapte incriminate ca infracțiune de legea statului în care s-a produs fapta (constatată printr-un act judiciar emis de autoritatea competentă din statul unde s-a săvârșit fapta), dacă aceasta este incriminată de legea română.

20. De asemenea, dacă nu se specifică altfel în Tabelele de beneficii, Asigurătorul nu acoperă serviciile medicale și spitalizarea în legătură cu:

- a) boli cronice sau afecțiuni/ condiții medicale pre-existente;
- b) monitorizarea sarcinii, starea de graviditate, nașterea copilului, precum și complicațiile apărute în evoluția sarcinii sau după naștere. Această excludere nu se aplică în cazul serviciilor necesare primei diagnosticări/confirmări a sarcinii și a următoarelor complicații: sarcină ectopică, diabet gestațional, pre-eclampsie, eclampsie, sarcină oprită în evoluție și avort spontan.
- c) disfuncțiile sexuale, infertilitate, sterilitate, pre-concepție, inseminarea artificială, fertilizarea in-vitro sau transferul embrionului, avortul provocat, circumcizia la cerere, intențiile de schimbare a sexului, frigiditate și/sau impotență, orice fel de tulburări de identitate sexuală;
- d) proceduri medicale cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
- e) diagnosticarea greșită sau tratamentul greșit acordat de un cadru medical (culpă medicală certificată);
- f) afecțiuni și complicații ale acestora apărute ca urmare a faptului că Asiguratul/ Asiguratul dependent ignoră, nu respectă sau acționează împotriva indicațiilor și recomandărilor medicului care îl tratează;
- g) chirurgia estetică sau orice alt tratament, activitate efectuată în scop cosmetic sau estetic, cu excepția tratamentului necesar pentru corectarea unor defecte funcționale ca urmare a unui accident (rațiunea pur psihologică nu este validă). De asemenea, sunt excluse și tratamentele de scădere a greutatei;
- h) infecția cu HIV/ SIDA, precum și consecințele acestora;
- i) anomalii congenitale sau complicațiile/ bolile implicate de anomalii congenitale, indiferent dacă Asiguratul/ Asiguratul dependent avea sau nu cunoștință de existența acestora;
- j) transplantul, achiziția de organe în vederea transplantului, inclusiv cheltuieli efectuate în vederea căutării donatorilor de organe;
- k) verificări medicale de rutină, profilaxia, precum și orice tip de vaccin, cu excepția celor necesare în scop curativ (antitetanos și antirabic);
- l) emiterea unor certificate, rapoarte precum și eliberarea oricărui tip de document care nu are ca scop diagnosticul și tratamentul unei afecțiuni (ex. certificate prenuptiale, fișă medicală necesară obținerii permisului de conducere, aviz epidemiologic, aviz de port-armă etc);
- m) afecțiunile logopedice;
- n) tratamentul de recuperare în spitale, sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare; cure de dezaolcoolizare sau de dezintoxicare; reabilitare, recuperare medicală, fiziokinetoterapie și geriatrie;
- o) afecțiunile psihice și orice alte tulburări mentale ale Asiguratului;
- p) probleme stomatologice, chirurgie dentară, inclusiv cheltuieli medicale cu aparatul dentară, proteze dentare, dinți artificiali, punți și/sau coroane dentare etc.;
- q) analize de genetică umană, studiile de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic.

21. De asemenea, dacă nu se specifică altfel în Tabelele de beneficii, Asigurătorul nu acoperă:

- a) cheltuieli efectuate pentru achiziționarea medicamentelor sau a dispozitivelor medicale și a materialelor sanitare, la recomandarea medicului sau în scop de automedicație;
- b) cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;
- c) cheltuieli efectuate pentru servicii de medicină complementară/ alternativă;
- d) serviciile medicale și spitalizarea efectuate pe bază de recomandări emise de către medici, mai vechi de 90 de zile de la data emiterii acestora.

PRIME

22. Primele de asigurare se plătesc în moneda contractului de asigurare.

23. Primele de asigurare se plătesc pentru toți membrii grupului în același timp, conform termenului scadent menționat în documentului de plată emis de Asigurător.

24. Primele de asigurare sunt datorate la scadențele și în cuantumul menționate expres în poliță, iar Contractantul este exclusiv răspunzător de plata acestora precum și de respectarea regulilor și indicațiilor de plată stabilite de Asigurător precum: contul bancar, moneda, indicații referitoare la destinația plății etc. La momentul plății, Contractantul are obligația de a solicita/ obține și de a păstra dovada plății primei de asigurare (chitanță-factură, ordin de plată etc.). Prima de asigurare inițială trebuie plătită înainte de intrarea în vigoare a contractului de asigurare.

25. Plata primelor de asigurare se poate efectua prin orice modalitate acceptată de Asigurător. În cazul plăților prin debit direct, Asigurătorul va transmite detaliile de interogare a contului bancar al Contractantului înainte de scadența de plată a primei de asigurare. În cazul plăților prin transfer bancar, Contractantul este obligat să plătească în contul și la banca specificate de către Asigurător în cea mai recentă corespondență.

26. Contractantul suportă toate taxele și comisioanele bancare referitoare la plata primelor de asigurare și a altor sume datorate Asigurătorului.

27. Prima de asigurare poate fi plătită anticipat și integral pentru întreaga perioadă asigurată menționată în poliță sau eșalonat, la scadențele menționate expres în poliță și în cuantumul specificat de Asigurător.

28. Neachitarea unei prime de asigurare până la data scadență are drept consecință rezilierea deplină, fără punere în întârziere și fără altă formalitate prealabilă. În acest caz, Asigurătorul are dreptul de a recupera de la Contractant contravaloarea serviciilor medicale prestate Asiguratului/ Asiguratului dependent după data scadență aferentă primei de asigurare neachitate și pentru care Asigurătorul are obligații de plată față de Furnizorul de servicii medicale.

În cazul în care, prima de asigurare nu se achită la scadență, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizațiilor pe perioada între data scadență și data plății primei de asigurare.

29. În cazul în care, ca urmare a evaluării riscului, Asigurătorul refuză acoperirea riscurilor solicitate și prin aceasta refuză încheierea contractului de asigurare sau potențialul Contractant nu acceptă condițiile Asigurătorului, prima de asigurare inițială va fi restituită Contractantului fără a fi purtătoare de dobândă. În acest caz prima de asigurare, se restituie Contractantului în moneda și în cuantumul în care aceasta a fost plătită.

30. Sumele care urmează a fi restituite Contractantului, altele decât cele specificate mai sus, se vor plăti în moneda contractului de asigurare într-un cont bancar al Contractantului, specificat în scris de către acesta și deschis la o bancă de pe teritoriul României sau prin orice altă modalitate de plată agreată de către Asigurător.

DREPTURILE CONTRACTANTULUI

31. Asigurătorul oferă Contractantului următoarele drepturi:

- dreptul de modificare a numărului de Asigurați/ Asigurați dependenți;
- menținerea în asigurare pe perioada întreruperii activității a Asiguraților, conform precizărilor detaliate în prezentele condiții.

MODIFICAREA NUMĂRULUI DE ASIGURAȚI

32. Contractantul are dreptul să includă sau să excludă o dată pe lună Asigurați împreună cu Asigurații lor dependenți (dacă este cazul) în/ din asigurare, așa cum se specifică în prezentele condiții de asigurare, informând Asigurătorul și comunicându-i lista cu Asigurații/ Asigurații dependenți.

33. Acoperirea pentru respectivele persoane intră în vigoare după transmiterea în scris de către Asigurător a confirmării de preluare în asigurare către Contractant.

34. În cazul modificării numărului de asigurați, prima de asigurare se calculează pro-rata în funcție de numărul de luni pentru care se face regularizarea, în proporție de 1/12 din prima anuală. Contractantul este obligat să plătească suma rezultată în plus ca urmare a regularizării de primă în maxim 10 zile calendaristice de la data la care aceasta îi este comunicată. În caz contrar, se va considera că Asigurații/ Asigurații

dependenți nou introduși în asigurare nu sunt acoperiți prin contractul de asigurare.

În cazul în care prima de asigurare plătită la scadența imediat anterioară este mai mare decât prima de asigurare datorată de către Contractant, diferența de primă se deduce din următoarea primă de asigurare scadentă. Dacă nu mai există nici o primă scadentă diferența se rambursează Contractantului la expirarea sau rezilierea contractului de asigurare.

Fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă.

MENȚINEREA ÎN ASIGURARE PE PERIOADA ÎNTRERUPERII ACTIVITĂȚII ASIGURAȚILOR

35. Asigurătorul acceptă menținerea în asigurare pe perioada de întrerupere a activității Asiguraților, cu condiția plății continue a primelor de asigurare (inclusiv pe perioada întreruperii activității) în următoarele cazuri de întrerupere temporară a activității normale la locul de muncă pe perioada de derulare a contractului:

- a) concediu de odihnă;
- b) concediu fără plată (pentru studii sau conform prevederilor contractului colectiv de muncă);
- c) concediu de maternitate (prenatal sau postnatal);
- d) concediu de îngrijire a copilului.

OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI ȘI ASIGURATULUI

36. Contractantul/ Asiguratul/ Asiguratul dependent sunt obligați:

- a) să dea răspunsuri corecte și complete în documentele întocmite la încheierea contractului de asigurare sau solicitate ulterior de către Asigurător;
- b) să avizeze în scris Asigurătorul, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea unui risc asigurat dacă a beneficiat de servicii medicale și/sau spitalizare în afara rețelei de parteneri medicali pentru care se plătesc indemnizații sau se rambursează costuri, indicând locul, data, ora, cauzele și împrejurările producerii acestuia;
- c) să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător în termen de maxim 30 de zile calendaristice de la solicitarea acestora și să faciliteze eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. a) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul:

1. de a rezilia contractul de asigurare și de a refuza plata indemnizațiilor de asigurare dacă informațiile și/sau documentele care nu au fost furnizate Asigurătorului l-ar fi determinat pe acesta să nu încheie contractul de asigurare, ori
2. să ofere contractul de asigurare cu un alt nivel al primei de asigurare. Ajustarea primei de asigurare se efectuează pentru fiecare lună, în proporție de 1/12 din prima anuală. În cazul în care Contractantul nu este de acord cu modificarea propusă, contractul de asigurare se reziliază cu efect de la data propunerii de modificare. În cazul rezilierii contractului de asigurare, Asigurătorul reține pentru perioada acoperită deja o primă de asigurare calculată pentru fiecare lună în proporție de 1/12 din prima anuală, iar diferența se restituie Contractantului, dacă înainte de reziliere nu au fost daune avizate și/sau plătite. Fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă.

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 și circumstanțele producerii riscului asigurat.

37. Asiguratul/ Asiguratul dependent are obligația ca, în cazul în care suferă un accident sau se îmbolnăvește, să ceară și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru restabilirea stării de sănătate. Asigurătorul poate refuza plata indemnizațiilor în cazul în care constată că Asiguratul/ Asiguratul dependent nu a cerut tratament medical, nu respectă indicațiile medicale

sau prestează activități contraindicate în raport cu afecțiunea sau vătămarea suferită.

38. În cazul în care Asiguratul/ Asiguratul dependent a beneficiat de servicii medicale pentru riscuri ce nu sunt acoperite de contractul de asigurare, acesta va fi ținut răspunzător pentru achitarea contravalorii serviciilor nedecontate de Asigurator către Furnizorul de servicii medicale în cel mai scurt timp. Această obligație este asumată conform prezentului contract precum și declarației inclusă în Raportul medical care urmează să fie semnat la efectuarea serviciului medical de către Asigurat/ Asigurat dependent. În cazul ne-onorării/ ne-asumării acestei obligații, Asiguratorul va depune toate diligențele pentru recuperarea creanței, reprezentând contravaloarea serviciilor medicale prestate de către furnizorul de servicii medicale, de la Asiguratul/ Asiguratul dependent respectiv. Dacă, în termen de maxim 15 zile de la primirea notificării Asiguratorului, Asiguratul/ Asiguratul dependent nu a achitat contravaloarea serviciilor medicale neacoperite prin prezentul contract de asigurare, Asiguratorul își rezervă dreptul de a sista acoperirea riscului și de a elimina Asiguratul/ Asiguratul dependent din grupul asigurat până la stingerea creanței acestuia către furnizorul din rețeaua de parteneri medicali agreeți.

39. Contractantul este obligat:

- a) să anunțe în scris Asiguratorul cu privire la orice modificare a datelor sale de contact, precum și modificări privind datele personale și de contact ale Asiguraților/ Asiguraților dependenți;
- b) să pună la dispoziția Asiguraților/Asiguraților dependenți toate informațiile referitoare la contractul de asigurare: condițiile de asigurare, Tabelele de beneficii, primele, modificări ale poliței care intervin pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare;
- c) să înmâneze Asiguraților/ Asiguraților dependenți certificatele individuale de asigurare în termen de 10 de zile calendaristice de la data la care Contractantul le primește de la Asigurator.

AVIZAREA PRODUCERII RISCULUI

40. Avizarea unui risc acoperit se efectuează astfel:

- a) în cazul beneficiilor din cadrul planurilor de asigurare pentru care Asiguratorul oferă decontare directă, avizarea se efectuează prin intermediul furnizorului de servicii medicale din rețeaua de parteneri medicali agreeți;
- b) în cazul beneficiilor din cadrul planurilor de asigurare pentru care Asiguratorul oferă rambursare de costuri sau plăți de indemnizații, avizarea se efectuează după efectuarea cheltuielilor medicale de către Asigurat/ Asigurat dependent, prin furnizarea următoarelor documente:
 1. cererea de despăgubire; aceasta este disponibilă pe pagina de internet a Asiguratorului www.allianztiriac.ro
 2. actul de identitate (copie);
 3. chitanțe fiscale pe baza cărora Asiguratul/ Asiguratul dependent a efectuat plata serviciilor medicale prestate de instituția medicală;
 4. documente medicale care atestă diagnosticul Asiguratului/ Asiguratului dependent, serviciile medicale plătite de acesta și pentru care s-au eliberat chitanțele fiscale; aceste documente trebuie să conțină detalii asupra investigațiilor efectuate, tratamentului aplicat și data la care acestea s-au efectuat;
 5. valabil doar pentru planul Spitalizare - bilet de ieșire din spital;
 6. valabil doar pentru planul Stomatologie - planul de tratament elaborat de medicul dentist însoțit de o radiografie dentară panoramică;
 7. valabil doar pentru planul Stomatologie - document constatator privind circumstanțele producerii accidentului de muncă sau rutier;
 8. orice alt document solicitat de Asigurator necesar soluționării dosarului de daună.
- c) pentru accesarea serviciului "A doua opinie medicală", Asiguratul/Asiguratul dependent va înregistra solicitarea de confirmare a unui diagnostic sau tratament complex pe portalul dedicat acestui

serviciu, disponibil la secțiunea Daune din pagina de internet a Asiguratorului.

41. Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita o examinare suplimentară a stării de sănătate a Asiguratului/ Asiguratului dependent în vederea stabilirii necesității medicale care a impus efectuarea respectivelor servicii medicale. Examinarea suplimentară va fi făcută de către medici agreeți de către Asigurator, caz în care costurile generate cu examinarea sunt suportate de către Asigurator.

42. În vederea stabilirii valorii indemnizațiilor de asigurare, Asiguratorul este autorizat de Asigurat/ Asigurat dependent să obțină toate informațiile cu caracter medical considerate necesare, de la terțe persoane (medici, instituții sanitare, etc.) și să elibereze aceste persoane de obligația de a păstra secretul profesional cu privire la informațiile solicitate.

DECIZIA ASIGURĂTORULUI DUPĂ AVIZAREA RISCULUI

43. Dacă în legătură cu producerea unui risc asigurat, împotriva Asiguratului 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, doar dacă ancheta sau procedura penală în cauză au legătură directă cu producerea riscului asigurat și cel mult până la finalizarea respectivelor acțiuni legale.

44. Orice pledică sau informație incompletă sau incorectă furnizată de către Asigurat/ Contractant/ terț mandatar al acestora, care împiedică Asiguratorul să determine cauzele producerii riscului asigurat, dă Asiguratorului dreptul de a refuza plata indemnizației, rambursarea costurilor către Asigurat sau decontarea directă către Furnizorul de servicii medicale din Rețeaua de parteneri.

45. Asiguratorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical.

OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

46. Asiguratorul se obligă să:

- a) confirme eligibilitatea în termen de 2 zile lucrătoare de la data primirii tuturor documentelor și informațiilor solicitate, în cazul avizării unor servicii medicale pentru care se oferă decontare directă;
 - b) valideze conformitatea documentelor/ informațiilor solicitate, să finalizeze toate investigațiile/ verificările privind producerea riscului, a condițiilor de eligibilitate și a limitelor de acoperire deținute de Asigurat/ Asigurat dependent și să transmită decizia sa în maxim 30 de zile de la data la care primește toate documentele necesare evaluării dosarului de daună în cazul avizării unui risc pentru care se oferă rambursarea costului serviciilor sau indemnizații de asigurare.
- 47.** Dacă, pe baza documentelor/ informațiilor solicitate Asiguratorul decide că evenimentul survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare este risc acoperit conform condițiilor de asigurare, în termenul asumat pentru comunicarea deciziei sale, acesta va plăti Asiguratului/ Asiguratului dependentului indemnizația de asigurare, respectiv va rambursa costurile cu serviciile medicale sau va prelua costul serviciilor prin decontare directă către furnizorul de servicii medicale corespunzător valorii acestora, dar până la nivelul maxim al limitelor de acoperire.
- 48.** În funcție de planul/ planurile alese și de furnizorul de servicii medicale, Asiguratorul acoperă integral sau parțial costul serviciilor medicale, conform Tabelelor de beneficii aferente planurilor de asigurare. În cazul serviciilor oferite de furnizori de servicii medicale care nu fac parte din rețeaua de parteneri medicali agreeți, nivelul maxim al unui cost ce va fi despăgubit nu poate depăși valoarea costului practicat în general pentru diagnosticarea și tratarea unor cazuri de un tip și o gravitate similare în localitatea unde au fost prestate serviciile medicale.
- 49.** Dacă, pe baza documentelor solicitate, Asiguratorul decide că evenimentul survenit pe durata de valabilitate a contractului de asigurare nu este risc acoperit conform condițiilor de asigurare, acesta va informa Contractantul/ Asiguratul/ Asiguratul dependent asupra deciziei de neîncadrare în condițiile de asigurare a evenimentului avizat.

REGLEMENTAREA PLĂȚILOR DATORATE DE ASIGURĂTOR ÎN BAZA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

50. Sumele ce reprezintă indemnizații de asigurare sau rambursări de costuri în baza contractului 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 agreeată de către Asigurator, în termen de maximum 30 zile calendaristice de la depunerea întregii documentații la Allianz-Tiriac Asigurări SA.

51. Eventualele taxe și comisioane privind operațiunile de plată a indemnizațiilor/ rambursărilor de costuri în baza contractului de asigurare vor fi suportate de către Asigurator. În cazul în care detaliile de plată comunicate de Contractant/ Asigurat/ Asigurat dependent 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.

52. Sumele ce reprezintă indemnizații în baza contractului de asigurare datorate și neîncasate se păstrează în evidențele Asiguratorului conform legislației în vigoare.

ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

53. Răspunderea contractuală a Asiguratorului încetează în următoarele cazuri:

- a) la inițiativa Contractantului, în urma înregistrării solicitării de reziliere a contractului la sediul Asiguratorului;
- b) la inițiativa Asiguratorului, conform prevederilor condițiilor de asigurare sau a dispozițiilor legale (inclusiv prevederile sancțiunilor internaționale);
- c) la ora 24:00 a zilei specificată în poliță ca dată de încetare.

54. Acoperirea riscurilor asigurate prin contractul de asigurare încetează, după cum urmează:

- a) pentru toate persoanele acoperite prin contractul de asigurare:
 - 1. odată cu încetarea răspunderii Asiguratorului prin contractul de asigurare, conform prevederilor condițiilor de asigurare;
 - 2. la data de încetare a contractului de asigurare, precizată în poliță;
- b) pentru Asigurat:
 - 1. la data pierderii calității de Asigurat în baza contractului de asigurare;
 - 2. la data la care s-au plătit/ rambursat indemnizații Asiguratului în baza planului care egalează beneficiile maxime, conform Tabelelor de beneficii aferente planurilor de asigurare;
 - 3. la următoarea aniversare a contractului după ce Asiguratul împlinește vârsta de 65 ani;
- c) pentru Asiguratul dependent:
 - 1. la data la care acoperirea încetează pentru Asigurat;
 - 2. la data pierderii calității de Asigurat dependent în baza contractului de asigurare;
 - 3. la data la care s-au plătit/ rambursat indemnizații Asiguratului dependent în baza planului care egalează beneficiile maxime conform Tabelelor de beneficii aferente planurilor de asigurare;
 - 4. la următoarea aniversare a contractului după ce Asiguratul dependent împlinește vârsta de 65 ani.

CORRESPONDENȚA PRIVIND CONTRACTUL DE ASIGURARE

55. Modificările contractului de asigurare aflate la dispoziția Contractantului prin condițiile de asigurare se efectuează pe bază de solicitare semnată și trimisă de către acesta la sediul Asiguratorului, însoțită de toate documentele justificative solicitate de Asigurator.

56. Orice comunicare a Asiguratorului adresată Contractantului se face folosind cele mai recente date de contact comunicate de către Contractant, chiar dacă acestea sunt ale unui terț. Conținutul

corespondenței îi este opozabil Contractantului, chiar dacă acesta nu și-a respectat obligația contractuală de a informa Asiguratorul cu privire la modificarea datelor sale de contact.

57. Asiguratorul nu își asumă nici o 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.

58. În cazul schimbării parametrilor sau a altor elemente din documentele contractuale, Asiguratorul poate folosi orice modalitate de comunicare a acestora Contractantului (de exemplu publicație națională de mare tiraj, website-ul Asiguratorului, telefon, SMS, poșta electronică etc.).

59. Corespondența directă cu Contractantul, sub formă de scrisoare, este posibilă doar la o adresă de pe teritoriul României.

DISPOZIȚII FINALE

60. Respectarea de către Contractant și Asigurat/ Asigurat dependent a obligațiilor care le revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile acestora sunt adevărate, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asiguratorului de a plăti indemnizații.

61. În cazul modificării sau rezilierii contractului de asigurare, prevederile acestuia se aplică în toate cazurile de daună survenite înainte de modificare sau reziliere. În aceste cazuri, primele de asigurare corespunzătoare deja achitate nu se restituie Contractantului.

62. Contractantul are dreptul să renunțe la contractul de asigurare și să solicite încetarea acestuia în primele 14 zile de la încheiere, fără a fi necesară invocarea unui motiv, în condițiile în care nu s-au produs riscuri asigurate. În această situație, Allianz-Tiriac va returna integral prima de asigurare achitată, în baza cererii scrise de renunțare la contractul de asigurare.

63. Contractantul poate denunța contractul de asigurare, pe toată durata acestuia, cu un preaviz de cel puțin 20 zile calendaristice înainte ca încetarea sa-si producă efectele, dar rămâne obligat să achite eventualele prime de asigurare până la data încetării efective a Contractului.

64. Dreptul la acțiune întemeiat pe un raport de asigurare sau reasigurare se prescrie în termen de 2 ani. Termenul începe să curgă de la data producerii riscului asigurat. Asiguratul este răspunzător să depună cererea de despăgubire ori de indemnizare în interiorul termenului de prescripție.

65. Orice solicitare adresată Asiguratorului, conform condițiilor de asigurare, trebuie semnată de către Contractant și/sau Asigurat. Dacă semnătura din solicitarea adresată Asiguratorului nu coincide celei din oferta de asigurare, Asiguratorul poate solicita Contractantului sau Asiguratului, după caz, confirmarea schimbării semnăturii; în acest sens, Contractantul/ Asiguratul va pune la dispoziția Asiguratorului un specimen al noii semnături.

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

67. 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.

68. 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.

69. 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.