

Condiții de asigurare privind Asigurarea de călătorie în străinătate VOIAJ DIRECT

INTRODUCERE

1. Allianz-Țiriac Asigurări S.A., asigură persoane fizice pentru riscurile expres prevăzute în poliță și în condițiile de asigurare.

2. Condițiile de asigurare, împreună cu polița și toate documentele semnate sau acceptate prin mijloace on-line de către Asigurat la solicitarea Asiguratului, precum și toate documentele emise de Asigurator, în format fizic pe hârtie sau electronic, în legătură cu prezenta asigurare, sunt parte integrantă a contractului de asigurare.

DEFINIȚII

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

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 începerii răspunderii Asiguratului, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, pentru care Asiguratul:

- a) a fost diagnosticat, sau
- b) a solicitat, primit sau 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.

Accident: eveniment subit, provenit din afară, violent și produs fără voința Asiguratului.

Act de terorism: ansamblul de acțiuni și/sau amenințări care prezintă pericol public și afectează securitatea națională, așa cum sunt calificate de legislația în vigoare.

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

Asigurat: persoana fizică, nominalizată în polița de asigurare, asigurată, în baza contractului de asigurare, pentru riscurile prevăzute în prezentele condiții de asigurare.

Afecțiune acută: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție rapidă care, în urma unui tratament adecvat pe termen scurt, duce la reîntoarcerea la starea de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

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 sunt prezente timp de cel puțin trei luni consecutiv;
- 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.

Carantină: izolarea obligatorie, impusă prin ordin al autorității sau al guvernului, în scop preventiv sau deoarece Asiguratul este diagnosticat cu COVID-19 sau se află în observație pentru suspiciunea de infectare cu SARS –CoV2 sau vine/se întoarce dintr-o zonă geografică pentru care este instituită o perioadă obligatorie de carantinare.

Cheltuieli medicale: sunt considerate următoarele categorii de cheltuieli, pentru:

a) tratamentul ambulatoriu al Asiguratului: sunt acoperite costurile aferente tratamentului, ca urmare a unei urgențe medicale sau a unui accident, pentru un interval de maximum 15 zile calendaristice de la producerea riscului asigurat;

b) medicamente și materiale sanitare prescrise de medic, cu excepția protezelor: este acoperită medicația ca urmare a unei urgențe medicale sau a unui accident, pentru un interval de maximum 15 zile calendaristice de la data producerii riscului asigurat;

c) proceduri de diagnosticare stabilite de medic;

d) spitalizare, în măsura în care aceasta are loc într-un spital, se face sub supravegherea directă a unui medic, având la dispoziția sa facilități suficiente de diagnosticare și terapie și se desfășoară numai conform metodelor recunoscute din punct de vedere științific și testate clinic în acea țară. În acest scop trebuie folosit spitalul din localitatea în care se află Asiguratul sau spitalul din localitatea cea mai apropiată, unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Asiguratorul își rezervă dreptul de a acoperi costurile tratamentului în condiții de spitalizare numai până când starea medicală a Asiguratului permite repatrierea pentru continuarea tratamentului adecvat în România sau în țara de rezidență;

e) intervenții chirurgicale de urgență;

f) tratament stomatologic de urgență, dar numai pentru calmarea durerilor acute, pentru maximum doi dinți și în limita a 150 EUR pentru un dinte tratat;

g) cheltuieli pentru transportul efectuat de serviciile de ambulanță, până la cel mai apropiat spital sau la cel mai apropiat medic;

h) cheltuieli pentru transferul la o clinică de specialitate, dacă aceasta este solicitată de medicul curant.

Cheltuieli de repatriere: sunt considerate următoarele categorii de cheltuieli, pentru:

a) repatrierea medicală;

b) repatrierea corpului neînsuflit, inclusiv cheltuielile efectuate pentru obținerea autorizației de repatriere.

Compania de Asistență: societate indicată în poliță, împuternicită să reprezinte Allianz Țiriac Asigurări S.A. în afara granițelor României în scopul oferirii de asistență asiguraților, în cazul producerii unui risc asigurat.

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

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

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

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

Date: includ (dar fără a se limita la) Date cu caracter personal sau informații, aplicații software sau alte instrucțiuni codificate într-un mod oficial folosit pentru comunicare, interpretare și procesare.

Date cu caracter personal: orice informații privind o persoană fizică identificată sau identificabilă; o persoană fizică identificabilă este o persoană care poate fi identificată, direct sau indirect, în special prin referire la un element de identificare, cum ar fi un nume, un număr de identificare, date de localizare, un identificator on-line, sau la unul sau mai multe elemente specifice, proprii identității sale fizice, fiziologice, genetice, psihice, economice, culturale sau sociale.

Defecțiune în securitatea rețelei informatice: orice defecțiune tehnică a securității unui sistem informatic sau disfuncționalitate a altor măsuri de securitate în domeniul tehnologiei informației și care conduc la accesul neautorizat și/sau furtul Datelor, pierderea controlului asupra Datelor, transmiterea de viruși sau a unor coduri de computer cu efecte răuvoitoare și/sau restricționarea capacității de operare a unor servere sau infrastructură informatică.

Durata călătoriei: perioada de timp de la părăsirea până la revenirea pe teritoriul României în scopul efectuării unei călătorii care face obiectul încheierii contractului de asigurare.

Forță majoră: în sensul prezentului contract, termenul forță majoră înseamnă 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 unuia 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.

Indemnizație de asigurare: suma de bani plătită de către Asigurător Asiguratului, în cazul producerii unui risc asigurat prin contractul de asigurare.

Invaliditate permanentă: prejudicierea corporală permanentă caracterizată prin modificări morfo-funcționale, reducerea potențialului fizic, psiho-senzorial sau intelectual apărută în decurs de un an de la data accidentului și nesusceptibilă la ameliorări, conform Tabelului 1 la prezentele condiții de asigurare.

Pachet de asigurare: tip de asigurare ce acoperă unul sau mai multe riscuri.

Prejudicii provocate de Asigurat Terților: sunt considerate prejudicii următoarele categorii de cheltuieli, în cazurile în care sunt îndeplinite elementele răspunderii civile delictuale:

a) sumele pe care Asiguratul, persoană fizică, este obligat să le plătească terțelor persoane prejudiciate, cu titlu de daune materiale ca urmare a producerii, din culpa proprie, de vătămări corporale și/sau pagube la bunuri;

b) sumele pe care Asiguratul este obligat în baza legii să le plătească terțelor persoane păgubite, cu titlu de daune materiale, ca urmare a producerii prejudiciilor cauzate de lucruri și animale aflate în paza juridică a Asiguratului;

c) cheltuielile făcute de Asigurat în procesul civil (cheltuieli de judecată necesare pentru buna desfășurare a justiției și încuviințate de instanță) dacă a fost obligat la desdăunare;

d) cheltuielile de judecată făcute de cel prejudiciat pentru îndeplinirea formalităților legale în vederea obligării Asiguratului la plata despăgubirilor, dacă Asiguratul a fost obligat prin hotărâre judecătorească la plata acestora.

Prejudicii produse Datelor: orice pierdere, distrugere, corupere a Datelor. Orice prejudicii produse Datelor unor terțe persoane de către Asigurat nu este considerată Risc cibernetic dacă nu este implicată o Defecțiune în securitatea rețelei informatice.

Prelucrare a datelor: orice operațiune sau set de operațiuni efectuate asupra datelor cu caracter personal sau asupra seturilor de date cu caracter personal, cu sau fără utilizarea de mijloace automatizate, cum ar fi colectarea, înregistrarea, organizarea, structurarea, stocarea, adaptarea sau modificarea, extragerea, consultarea, utilizarea, divulgarea prin transmitere, diseminarea sau punerea la dispoziție în orice alt mod, alinierea sau combinarea, restricționarea, ștergerea sau distrugerea.

Prima de asigurare: suma de bani unică, datorată de către Contractant Asiguratorului în schimbul preluării riscului asigurat.

Repatriere medicală: transportul Asiguratului, efectuat în condiții speciale, din străinătate la spitalul cel mai apropiat de domiciliul său

Condiții de asigurare privind asigurarea de călătorie în străinătate VOIAJ DIRECT

care poate oferi tratamentul medical adecvat, precum și transportul unui cadru medical însoțitor, în cazul în care acest lucru este recomandat de medic. În cazul în care Asiguratul este imobilizat și necesită condiții speciale de transport din punct de vedere medical, se consideră repatriere medicală transportul din străinătate până în România sau țara de rezidență.

Repatrierea corpului neînsufliețit: aducerea în România sau în țara de rezidență a corpului neînsufliețit al Asiguratului, ca urmare a decesului survenit în urma producerii unui risc asigurat în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Risc cibernetic: orice procesare neautorizată de către Asigurat a unor Date sau orice încălcare a oricăror legi sau reglementări referitoare la protecția și prelucrarea Datelor sau orice Defecțiune în securitatea rețelei informatice în Sfera Asiguratului.

Sfera Asiguratului: orice sistem sau dispozitiv închiriat, deținut, exploatat, pierdut de Asigurat sau care este pus la dispoziție sau accesibil Asiguratului în scopul Prelucrării Datelor.

Sport de agrement: activitate sportivă cu grad redus de risc, practică ocazional de către Asigurat pe perioada călătoriei în străinătate, în scop recreativ, dacă este exercitată:

a) folosind echipamente/dotări corespunzătoare închiriate de la un operator autorizat, din dotarea proprie sau altele similare acestora,

b) într-un perimetru în care funcționează o ofertă a unui operator autorizat pentru asistență în practicarea respectivei activități la nivel amator prin închiriere de echipamente/dotări și/sau însoțire în practicarea activității sportive incluzând, dar fără a se limita la: călărie, patinaj, ciclism montan, ascensiuni montane (până la 3.000 m), schi, ski-bobbing, snowboard, schi nautic, surfing, wind-surfing, parascending, navigație, iahting, rafting, canoe, caiac, scuba diving, carting.

Sport extrem: activitate sportivă (numită și sport de acțiune, de aventură sau liber) ce prezintă un grad de pericolozitate ridicat pentru practicant. De obicei aceste sporturi includ elemente de cascadorie, se desfășoară în condiții extreme (viteză mare, altitudine sau adâncime mare, la temperaturi extreme, pe un teren ale cărui condiții nu pot fi controlate etc.) și necesită un nivel ridicat de efort fizic. Categoria sporturilor extreme cuprinde și activitățile recreative/hobby-urile cu un grad înalt de pericolozitate și includem aici (fără a ne limita la): aviație, parașutism, planorism, zbor cu parapanta, deltaplanorism, sărituri cu schiurile, schi acrobatic, bungee-jumping, escaladă/alpinism, speologie, curse de călărie, rodeo, competiții în sporturi de contact, vânătoare, curse auto, circuite pentru motocicliști, scufundări libere, la mare adâncime sau sub strat de gheață.

Sport profesionist: activitatea sportivă practică de un sportiv profesionist; sunt incluse în această categorie aceleași activități menționate în cadrul definiției sportului de agrement. Pentru sporturile nementionate este necesar acordul Asiguratorului.

Sportiv profesionist: persoană care practică un sport de performanță și are relații contractuale de muncă cu cluburile sau cu asociațiile sportive la care este legitimat.

Suma asigurată: valoare indicată în poliță, pentru un risc asigurat, în funcție de care se calculează indemnizația de asigurare și/sau se rambursează contravaloarea cheltuielilor.

Tarif standard: prima de asigurare pe care trebuie să o plătească Contractantul în schimbul asigurării pentru riscurile menționate în documentele contractuale, fără a fi acoperită practicarea sporturilor de agrement.

Tarif cu sport de agrement: prima de asigurare majorată față de tariful standard, pe care trebuie să o plătească Contractantul în schimbul asigurării pentru riscurile menționate în documentele contractuale, cu acoperirea inclusiv a practicării sporturilor de agrement.

Terț prejudiciat: persoana îndreptățită să primească indemnizația de asigurare, pentru prejudiciul suferit ca urmare a angajării răspunderii civile a Asiguratului.

Țara de rezidență: țara în care Asiguratul are domiciliul și/sau reședința permanentă și în care va fi repatriat.

Urgență medicală: o vătămare corporală sau o afecțiune acută ce presupune un risc imediat pentru viața persoanei sau care afectează sănătatea acesteia pe termen lung și care necesită îngrijiri medicale imediate.

ÎNCEPUTUL RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

4. Răspunderea Asiguratului începe la data menționată în poliță ca fiind data începerii perioadei de valabilitate a asigurării, dar nu înainte de trecerea frontierei de stat a României pentru efectuarea călătoriei în străinătate și a efectuării plății primei de asigurare.

5. Dacă la momentul încheierii contractului de asigurare, Asiguratul nu se află pe teritoriul României, răspunderea Asiguratului începe după 7 zile, calculate din ziua următoare emiterii contractului de asigurare și efectuării plății primei de asigurare.

6. În cazul în care data de intrare în vigoare a contractului de asigurare corespunde cu data plecării în străinătate, contractul de asigurare va intra în vigoare după 2 ore de la momentul emiterii acesteia.

ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

7. Contractantul asigurării este Asiguratul, cu excepția minorilor, pentru care reprezentatul lor legal este Contractantul, sau ale grupurilor organizate pentru care Contractant poate fi o altă persoană fizică sau juridică.

8. Poate fi asigurată orice persoană, indiferent de vârsta pe care o are la data încheierii asigurării.

9. Contractul de asigurare se încheie pentru o perioadă de minimum 2 zile și maximum 365 de zile.

10. Contractantul poate opta pentru încheierea contractului de asigurare pentru unul din pachetele de asigurare: Voiaj Direct, Voiaj Direct Plus sau Voiaj Direct Extra.

11. Acoperirile diferă în funcție de pachetul de asigurare ales, astfel:

a) Pachetul Voiaj Direct oferă acoperire pentru:

1. Asigurarea Medicală;
2. Asigurarea de Accidente;

b) Pachetul Voiaj Direct Plus și Voiaj Direct Extra oferă acoperire pentru:

1. Asigurarea Medicală;
2. Asigurarea de Accidente;
3. Asigurarea Bagajelor;
4. Asigurarea de Răspundere civilă față de terți.

RISCURI ASIGURATE

12. Prin **Asigurarea Medicală**, Asiguratul acoperă următoarele evenimente produse pe durata călătoriei:

a) o urgență medicală suferită de Asigurat, pentru care rambursează contravaloarea:

1. cheltuielilor medicale efectuate de Asigurat pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, în care acesta se află în străinătate;
2. cheltuielilor de repatriere medicală.

b) decesul Asiguratului din orice cauză, survenit pe durata călătoriei în străinătate și atestat prin certificatul constatator al decesului, eliberat de organul competent; pentru acest eveniment Asiguratul rambursează cheltuieli de repatriere a corpului neînsuflit.

13. Prin **Asigurarea de Accidente**, Asiguratul acoperă:

a) decesul Asiguratului pe durata călătoriei ca urmare a unui accident produs pe durata călătoriei; pentru acest risc asigurat Asiguratul plătește indemnizație de asigurare;

b) invaliditatea permanentă a Asiguratului ca urmare a unui accident produs pe durata călătoriei, dacă a fost stabilită/confirmată în termen de maximum 1 an de la data producerii accidentului; pentru acest risc asigurat Asiguratul plătește indemnizație de asigurare.

14. Prin **Asigurarea Bagajelor**, Asiguratul acordă indemnizații de asigurare pentru acoperirea pagubelor materiale înregistrate prin deteriorarea, distrugerea sau dispariția bunurilor sau bagajelor aparținând Asiguratului ca urmare următoarelor evenimente:

a) accidente suferite de Asigurat sau accidente în care a fost implicat mijocul de transport în care se află Asiguratul și bunurile acestuia;

b) incendiu, trăsnet, explozie, cădere de corpuri pe clădirea/autovehiculul în care se află bunurile persoanei asigurate, cutremur, inundație, furtună/grindină, prăbușire/alunecare de teren, greutatea zăpezii și/sau gheții, avalanșe, uragane, urmările spargerii conductelor;

c) furt calificat sau tâlhărie.

15. Prin **Asigurarea de Răspundere civilă față de terți**, Asiguratul acoperă prejudiciile provocate de către Asigurat terțelor persoane pe durata călătoriei, consecință directă a unor fapte săvârșite din neglijență sau imprudență pentru care acesta răspunde în baza legii, în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, în care Asiguratul se află în străinătate, pentru care Asiguratul plătește indemnizații de asigurare.

16. Pentru a se acorda despăgubiri este necesar:

a) să existe un prejudiciu cauzat unei terțe persoane printr-o faptă culpabilă a unei persoane ce se află sub acoperirea asigurării ori prin intermediul unui lucru aflat în paza unei asemenea persoane;

b) între fapta culpabilă și prejudiciu să existe o legătură de cauzalitate;

c) prejudiciul să fie indemnizabil, adică să aibă un caracter cert, actual, să fie personal și direct.

17. Asiguratul nu are răspundere civilă legală, și deci nu sunt întrunite condițiile pentru plata despăgubirii, dacă prejudiciul a fost produs:

a) dintr-un caz de forță majoră (împrejurare externă, imprevizibilă, extraordinară și invincibilă, fără relație cu lucrul care a cauzat paguba sau cu însușirile sale naturale) ca de exemplu: trăsnet, inundație, avalanșă, uragan etc;

b) din culpa exclusivă a persoanei păgubite.

LIMITA TERITORIALĂ

18. Riscul asigurat este acoperit, în funcție de pachetul de asigurare ales, astfel:

a) **Voiaj Direct și Voiaj Direct Plus:** în toate țările cu excepția SUA, Canadei, României și/sau țării de rezidență a Asiguratului;

b) **Voiaj Direct Extra:** în toate țările cu excepția României și/sau țării de rezidență a Asiguratului.

SUME ASIGURATE

19. Sumele asigurate pentru un Asigurat sunt conform pachetului de asigurare ales, astfel:

a) **Voiaj Direct:**

1. Asigurarea Medicală: 30.000 EUR incluzând cheltuieli de repatriere în limita a 10.000 EUR;

2. Asigurarea de Accidente: 1.000 EUR.

b) **Voiaj Direct Plus:**

1. Asigurarea Medicală: 50.000 EUR incluzând cheltuieli de repatriere în limita a 10.000 EUR;

2. Asigurarea de Accidente: 2.500 EUR;

3. Asigurarea Bagajelor: 750 EUR;

4. Asigurarea de Răspundere civilă față de terți: 5.000 EUR.

c) Voiaj Direct Extra:

1. Asigurarea Medicală: 50.000 EUR incluzând cheltuieli de repatriere în limita a 10.000 EUR;
 2. Asigurarea de Accidente: 5.000 EUR;
 3. Asigurarea Bagajelor: 1.000 EUR;
 4. Asigurarea de Răspundere civilă față de terți: 10.000 EUR.
- Suma asigurată pentru cheltuielile de repatriere va fi dedusă din suma asigurată stabilită pentru Asigurarea Medicală.

EXCLUDERI

20. Asigurătorul nu acoperă riscurile cauzate direct sau indirect de:

- a) evenimente de război (război, invazie sau acțiuni ale forțelor străine, ostilități, operațiuni de război sau orice acțiuni similare sau în legătură cu războiul), indiferent dacă războiul a fost declarat sau nu;
- b) participarea Asiguratului la misiuni militare cu profil operativ sau de instruire (inclusiv misiuni de menținere a păcii);
- c) acte de terorism sau tulburări interne (război civil, răscoală, revoluție, revoltă, răzvrățire, rebeliune civilă ținând cont de proporția și extinderea unei acțiuni ostile a populației, tulburări sociale, insurecție, atac militar, rebeliune, terorism, conspirație, sabotaj, acțiuni de uzurpare a puterii de stat sau militare, legea marțială sau starea de asediu sau oricare dintre evenimentele sau cauzele care determină proclamarea sau întreținerea legii marțiale sau a stării de asediu);
- d) explozie atomică, radiații sau infestări radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice, nucleare, a materialelor fisionabile;
- e) poluare sau contaminare din orice cauză, inclusiv arme biologice sau chimice;
- f) pretențiile de despăgubire formulate în cazul în care Asiguratul a contribuit la producerea evenimentului cauzator de prejudiciu, prin rea credință, intenție, neglijență gravă sau repetată;
- g) pretențiile de despăgubire formulate prin cerere frauduloasă sau care au la bază declarații false;
- h) pretențiile formulate împotriva Asiguratului de către soțul/soția acestuia sau de către persoane de care Asiguratul răspunde în baza legii;
- i) automutilare sau tentativă de sinucidere a Asiguratului, chiar dacă acesta s-a aflat într-o situație în care i-a fost afectat discernământul;
- j) orice fel de afecțiuni psihice;
- k) săvârșirea cu intenție de către Asigurat a unei fapte incriminate ca infracțiune de legea statutului 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;
- l) starea de ebrietate, etilismul cronic, consumul de substanțe halucinogene și/sau produse farmaceutice nerecomandate de medic;
- m) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei;
- n) angajarea în ocupații periculoase incluzând, dar fără a se limita la: forțele 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, cascadori, activități de exploatare minieră (în subteran), activități în industria metalurgică, de instalații pentru combustibili, activități pe platforme de petrol și gaze, activități în industria substanțelor explozibile, măcelărie, tăietori de lemne;
- o) implicarea Asiguratului în aviație altfel decât ca pasager al unei companii autorizate să efectueze transportul de persoane;
- p) participarea în orice fel de cursă sau competiție (inclusiv antrenamentul pentru acestea) ca și sportiv profesionist;
- q) practicarea de către Asigurat a unor sporturi extreme sau a unor hobby-uri periculoase; practicarea ocazională de către Asigurat pe perioada călătoriei a unui sport de agrement, așa cum este definit prin

prezentele condiții de asigurare, cu excepția cazului pentru care a fost achitată prima de asigurare corespunzătoare tarifului cu sport de agrement.

r) evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/pandemii declarate în mod oficial de către Autoritatea abilitată, cu excepția cheltuielilor aferente îmbolnăvirii cu COVID-19, care sunt acoperite respectând prevederile din prezentele condiții de asigurare.

21. Suplimentar excluderilor specificate la art. 20, prin **Asigurarea Medicală**, Asigurătorul nu acoperă riscurile excluse în definițiile cheltuielilor medicale și cheltuielilor de repatriere și nici riscurile cauzate direct sau indirect de:

- a) boli cronice sau afecțiuni pre-existente intrării în vigoare a contractului de asigurare sau agravarea acestora (inclusiv acutizarea și recidiva acestora) precum și consecințele acestora; excluderea este valabilă și pentru alte proceduri medicale sau accidente efectuate sau întâmplate înaintea începerii perioadei asigurate, precum și pentru consecințe ale acestora;
- b) evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/pandemii declarate în mod oficial de către Autoritatea abilitată; prin excepție sunt acoperite cheltuielile medicale și de repatriere aferente îmbolnăvirii cu COVID-19 dacă acestea nu sunt generate pe teritoriul SUA, Canada sau al unei țări în care, în ziua anterioară intrării în vigoare a Asigurării Medicale, este în vigoare starea de urgență totală la nivel federal/național sau starea de urgență parțială la nivelul provinciei/regiunii în care se efectuează călătoria; nu sunt acoperite cheltuielile cu cazarea în urma carantinării impuse în scop preventiv de autoritățile locale sau din cauza diagnosticării cu COVID-19 pe durata unei călătorii în străinătate.

22. De asemenea, prin **Asigurarea Medicală** nu sunt acoperite:

- a) cheltuieli medicale în legătură cu diagnosticarea și/sau tratamentul cancerului, al bolilor cu transmitere sexuală, infectarea cu HIV, SIDA și consecințele acestora;
- b) cheltuieli medicale legate de cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare;
- c) cheltuieli medicale pentru îndepărtarea defectelor sau anomaliilor/malformațiilor fizice (chirurgie plastică);
- d) cheltuieli medicale în legătură cu nașterea copilului, tratamente sau controale medicale specifice stării de graviditate. Totuși, potrivit prevederilor prezentelor condiții, în cazul unor complicații acute apărute în primele 30 de săptămâni de sarcină, Asigurătorul va despăgubi cheltuielile care privesc strict procedurile medicale de salvare a vieții mamei și/sau copilului;
- e) cheltuieli medicale pentru proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
- f) cheltuieli medicale pentru homeopatie sau tratamente de medicină alternativă, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical și neautorizate de instituții medicale competente și consecințele acestora;
- g) cheltuieli medicale pentru reabilitare și fizioterapie sau cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;
- h) cheltuieli medicale pentru tratamente stomatologice definitive, tratamente de canal (cu excepția cazurilor în care tratamentul de canal se adresează calmării durerilor acute), ortodonție, boli parodontale, detartrare, dinți artificiali, coroane/punți dentare;
- i) cheltuieli medicale pentru examinări de rutină, controale sau verificări medicale generale (tip fișă medicală), inclusiv vaccinări de rutină impuse sau solicitate de autorități medicale locale;
- j) cheltuieli medicale pentru servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului,

precum și intervenții chirurgicale sau tratamente medicale care pot fi amânate până la revenirea în țară a Asiguratului;

k) cheltuieli medicale cu medicamente sau tratamente necesare a fi administrate sau acordate pe parcursul deplasării în străinătate, dar care erau cunoscute sau prescrise înainte de începerea călătoriei;

l) cheltuieli de repatriere pentru care nu există acordul prealabil al Asiguratului, precum și cheltuielile medicale angajate după data la care, deși posibilă, repatrierea medicală nu s-a efectuat ca urmare a unei decizii a Asiguratului.

23. Suplimentar excluderilor de la art. 20, prin Asigurarea de Accidente, Asiguratorul nu acoperă riscurile cauzate direct sau indirect de:

a) orice fel de boli, inclusiv profesionale sau infecțioase sau de natură nervoasă, precum și agravarea acestora prin accident;

b) orice boli transmisibile prin atacul animalelor, cu excepția turbării;

c) acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate;

d) 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.

24. Suplimentar excluderilor de la art. 20, prin Asigurarea Bagajelor, Asiguratorul nu acoperă:

a) deteriorarea, distrugerea sau dispariția bunurilor lăsate fără supraveghere în locuri nepăzite, sub cerul liber, în balcoane sau pe terase deschise;

b) riscuri cauzate direct sau indirect de confiscare, expropriere, naționalizare, rechiziționare, sechestrare, distrugere sau avariere din ordinul oricărui guvern de drept sau de fapt sau oricărei autorități publice;

c) pagube produse de către personalul angajat al agentului economic furnizor de servicii (cazare, transport etc.) sau de către Asigurat;

d) produse alimentare;

e) autovehicule de orice tip;

f) haine de blană, echipament sportiv, articole tehnice sau accesorii, echipamente profesionale, echipamente electronice, instrumente muzicale;

g) deteriorarea, distrugerea sau dispariția bunurilor pe durata în care acestea sunt lăsate în grija unei companii de transport;

h) cheltuielile efectuate pentru achiziționarea bunurilor de strictă necesitate în cazul livrării cu întârziere sau pierderii bagajului de către o companie de transport;

i) hârtii de valoare, documente, registre, titluri, acte, manuscrise, bijuterii, metale nobile, mărci poștale și altele asemenea, obiecte de artă sau colecții, bani în numerar.

25. Suplimentar excluderilor de la art. 20, prin Asigurarea de Răspundere civilă față de terți, Asiguratorul nu acoperă:

a) pretențiile formulate de Asigurat referitoare la propriile sale vătămări corporale suferite sau la pagube produse la propriile bunuri;

b) pretențiile formulate împotriva Asiguratului de către soțul/soția acestuia sau de către persoane de care Asiguratul răspunde în baza legii ori de către persoane care locuiesc împreună cu acesta;

c) pretențiile ca rezultat al confiscării, exproprierii, naționalizării, rechiziționării, sechestrării, distrugerii sau avarierii din ordinul oricărui guvern de drept sau de fapt sau oricărei autorități publice;

d) orice pretenție financiară care nu este în legătură directă cu vătămarea corporală sau cu pagubele aduse bunurilor (pierderi financiare indirecte, ca de exemplu: lipsa folosinței bunurilor avariate sau distruse, pierderi de profit etc.), precum și orice pierdere financiară cauzată oricărei alte terțe persoane decât cea care a suferit în mod direct prejudiciul corporal sau material;

e) orice pretenție de despăgubire decurgând din reducerea valorii bunurilor avariate după reparația acestora;

f) pretențiile formulate împotriva Asiguratului referitoare la repararea prejudiciului moral, daune morale, prețul durerii, contravaloarea pecuniară a traumei psihice cauzată ca urmare a vătămărilor corporale, alte prejudicii personale nepatrimoniale;

g) pretențiile referitoare la răspunderea Asiguratului angajată pentru pagube produse hârtiilor de valoare, documentelor (pe suport de hârtie sau electronic), registrelor sau titlurilor, actelor, manuscriselor, pietrelor scumpe, obiectelor de platină, aur sau argint, mărcilor poștale, colecțiilor, tablourilor, sculpturilor, țesăturilor sau altor obiecte având o valoare artistică, științifică sau istorică, precum și pentru dispariția sau distrugerea banilor;

h) pretențiile referitoare la acoperirea amenzilor de orice fel, a cheltuielilor judiciare penale la care Asiguratul este condamnat;

i) pretențiile aferente pagubelor bunurilor mobile sau imobile, aflate în proprietatea Asiguratului sau care i-au fost încredințate în orice mod (împrumut, închiriere etc.) și cu orice titlu produse prin folosire/utilizare (îngrijire, păstrare, reparare, prelucrare, curățare, vopsire, expediere sau întrebuințare). Nu se aplică în cazurile în care pretențiile sunt aferente pagubelor produse unităților de cazare (camera de hotel, apartament etc.);

j) pretenții de despăgubiri pentru orice prejudicii produse în timpul/decurgând din prestarea de servicii și/sau executarea de lucrări în folosul altor persoane, constând în, dar fără a ne limita la următoarele: operațiuni de reparare, instalare, montare, întreținere, amenajare, remediere, recondiționare, curățire, igienizare, salubritate etc. la clădiri, construcții, instalații și alte bunuri fixe și/sau mobile, indiferent dacă aceste servicii sunt prestate sau nu în baza unui contract de prestări servicii;

k) pretenții de despăgubire decurgând dintr-o asigurare de răspundere civilă auto (RCA), precum și pentru cazul în care faptul generator de răspundere civilă este un accident produs:

– de autovehicule, inclusiv remorca sau alte autovehicule cu tracțiune mecanică, înmatriculabile și neînmatriculabile;

– de ambarcațiuni, nave, aeronave sau orice astfel de mijloace de transport (planor, balon cu aer, parapantă, zepelin, deltaplan etc.), indiferent dacă Asiguratul este proprietar, le-a închiriat, împrumutat, condus, pilotat;

– prin încărcarea/descărcarea în/din mijloacele de transport mai sus menționate;

l) orice răspunderi ale Asiguratului care exced răspunderea civilă delictuală;

m) pretențiile de despăgubire formulate în cazul în care Asiguratul a contribuit la producerea evenimentului cauzator de prejudiciu, prin rea credință, intenție, neglijență gravă sau repetată;

n) pretenții de despăgubire pentru cheltuieli în legătură cu orice hotărâre judecătorească, sentință arbitrală pronunțată, înțelegere amiabilă la care s-a ajuns între părți, în țări în care este în vigoare legislația SUA sau a Canadei sau în legătură cu orice reprezentanță a Asiguratului situată în SUA, Canada sau orice țară în care este în vigoare legislația SUA sau a Canadei;

o) pretențiile referitoare la pagube produse în urma unui risc cibernetic. Prezenta excludere nu se va aplica în legătură cu orice prejudicii de tipul vătămărilor corporale sau pagubelor materiale acoperite prin contractul de asigurare;

p) orice pagube ce derivă din răspunderi contractuale.

PRIME

26. Prima de asigurare se plătește în RON, anticipat și integral, pentru întreaga perioadă de asigurare.

27. În funcție de opțiunea Contractantului referitoare la solicitarea de acoperire a sporturilor de agrement, prima de asigurare este stabilită conform tarifului corespunzător: tarif standard sau tarif cu sport de agrement.

28. Contractantul este exclusiv răspunzător de plata primei de asigurare și are obligația de a solicita/obține și de a păstra dovada plății acesteia (chitanță-factură, ordin de plată etc.).

29. Plata primelor de asigurare se poate efectua prin orice modalitate acceptată de Asigurător. Contractantul suportă toate taxele și comisioanele referitoare la plata primelor de asigurare și a altor sume datorate Asigurătorului.

30. Asigurătorul restituie prima de asigurare, fără calcularea vreunei dobânzi, în cazul în care Contractantul solicită rezilierea contractului de asigurare cu cel puțin o zi înainte de intrarea în valabilitate a acestuia.

31. Nici o restituire de primă nu va putea fi făcută în cazul în care contractul de asigurare a intrat în vigoare.

32. Sumele care urmează a fi restituite Contractantului se vor plăti în RON, 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 agreeată de către Asigurător.

OBLEGAȚIILE CONTRACTANTULUI/ ASIGURATULUI

33. Contractantul/Asiguratul sunt obligați:

a) să dea răspunsuri corecte și complete în documentele întocmite la încheierea contractului de asigurare sau solicitate ulterior de către Asigurător;

b) în caz de producere a unui risc asigurat, să respecte întocmai procedura descrisă la art. 37;

c) să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător sau de Compania de Asistență, după caz, în limba română și să faciliteze eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat;

d) la cererea expresă a Asigurătorului sau a Companiei de Asistență, să probeze data exactă la care a început călătoria printr-un document justificativ (bilete de avion, bilete de călătorie, bonuri de combustibil, bonuri de cumpărături, vignete, taxe de drum, sms de la operatorul de telefonie etc.) și durata acesteia.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. a) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia contractul de asigurare și de a refuza plata oricărui despăgubiri dacă informațiile și/sau documentele care nu au fost furnizate Asigurătorului l-ar fi determinat pe acesta să nu încheie contractul de asigurare ori să ofere contractul de asigurare în alte condiții. În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. b), c) și d) 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 și/sau data de început a călătoriei și durata și scopul deplasării.

Asiguratul este obligat să ia toate măsurile pentru a preveni producerea unui risc asigurat, iar iar dacă acesta a avut loc, să ia măsuri în vederea limitării/stopării consecințelor ulterioare. În cazul în care suferă un accident sau se îmbolnăvește, Asiguratul este obligat să solicite și să accepte cât mai repede un tratament medical, să urmeze prescripțiile medicului și să nu presteze activități contraindicate, pentru a-și grăbi restabilirea. Asigurătorul poate refuza rambursarea cheltuielilor în cazul în care constată că Asiguratul nu a cerut tratamentul medical, nu respectă indicațiile medicale sau prestează activități contraindicate în raport cu afecțiunea sau vătămarea suferită.

34. În cazul producerii riscurilor asigurate prin **Asigurarea bagajelor** și/sau prin **Asigurarea de Răspundere civilă față de terți**, Asiguratul este obligat să anunțe organele competente în maximum 24h de la data constatării/producerii evenimentului.

35. Asiguratul autorizează Asigurătorul să obțină toate informațiile considerate necesare de la terțe persoane (medici, instituții medicale, alte instituții legale sau administrative) și să elibereze aceste terțe

persoane de obligația de a păstra secretul profesional cu privire la cazul respectiv.

36. Contractantul este obligat să anunțe în scris Asigurătorul cu privire la orice modificare a datelor sale de contact.

AVIZAREA PRODUCERII RISCULUI

37. În cazul producerii unui risc asigurat, Contractantul/Asiguratul este obligat:

a) să urmeze procedura standard, avizând producerea riscului asigurat imediat, la Compania de Asistență; în cazul în care nu se urmează procedura standard, avizarea se poate face la Asigurător în termen de 5 zile de la întoarcerea în țară, cu condiția ca Asiguratul să comunice în scris Asigurătorului, motivul nerespectării procedurii standard;

b) să depună toate eforturile pentru limitarea sau stoparea consecințelor acestora;

c) să furnizeze informații cu privire la evenimentul produs și la datele din polița de asigurare;

d) să furnizeze orice alte documente solicitate de către Compania de Asistență sau de Asigurător, relevante pentru soluționarea daunei;

e) să respecte instrucțiunile primite de la Compania de Asistență sau de la Asigurător.

38. În cazul în care avizarea riscului nu se realizează conform prevederilor contractuale, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizațiilor/rambursa cheltuielilor, dacă din acest motiv nu se poate stabili și asuma vreo responsabilitate în baza prevederilor prezentelor condiții.

39. În cazul producerii oricărui risc asigurat prin contractul de asigurare, Contractantul/Asiguratul sau moștenitorii Asiguratului vor furniza Companiei de Asistență sau Asigurătorului următoarele documente:

a) declarația Asiguratului/Reprezentanților Asiguratului/Contractantului/Moștenitorilor Asiguratului cu privire la producerea evenimentului și la cuantumul cheltuielilor efectuate;

b) polița de asigurare sau numărul acesteia;

c) act de identitate (copie) al persoanei care notifică riscul produs (Asigurat, Reprezentant Asigurat, Contractant, Moștenitori legali, Tert);

d) orice alte documente relevante pentru soluționarea cererii.

40. Suplimentar față de documentele solicitate la punctul de mai sus, Contractantul/Asiguratul sau moștenitorii Asiguratului vor furniza Asigurătorului/Companiei de Asistență următoarele documente:

a) pentru un risc acoperit prin **Asigurarea Medicală** pentru care avizarea se face la Compania de Asistență, Contractantul/Asiguratul este obligat să furnizeze Asigurătorului următoarele documente:

1. documente medicale care să ateste diagnosticul și tratamentul urmat;

2. facturi emise pe numele Asiguratului și chitanțe privind cheltuielile medicale și/sau de repatriere efectuate, inclusiv cele pentru produse farmaceutice (copia rețetei eliberate de medicul curant și bonul fiscal eliberat de farmacie aferent achiziționării medicamentelor); în cazul tratamentului dentar, documentele medicale/facturile trebuie să conțină informații privind dinții tratați și tratamentul aplicat.

3. în caz de repatriere a corpului neînsuflățit al Asiguratului, certificatul de deces al Asiguratului și documentele care să ateste cauza, locul decesului și dovada efectuării cheltuielilor pentru care s-a emis pretenția de rambursare (facturi și chitanțe emise și plătite de persoana care solicită rambursarea cheltuielilor).

b) pentru riscul de invaliditate permanentă din accident acoperit prin **Asigurarea de Accidente**, Asiguratul/Reprezentantul Asiguratului vor furniza Asigurătorului următoarele documente:

1. procesul verbal de constatare a accidentului suferit, eliberat de organul autorizat de investigare sau cercetare, dacă este cazul;

2. certificat medical constatator al invalidității permanente eliberat de autoritatea competentă.

c) pentru riscul de deces ca urmare a unui accident, acoperit prin **Asigurarea de Accidente**, Contractantul/Moștenitorii legali ai Asiguratului vor furniza Asiguratului următoarele documente:

1. certificatul de deces;
2. certificatul medical constatator al decesului;
3. certificatul de moștenitor/certificat de calitate de moștenitor;
4. dispoziție de instituire a tutelei sau curatelei, în cazul moștenitorilor legali minori;

d) pentru riscul acoperit prin **Asigurarea Bagajelor**, Asiguratul va furniza Asiguratului:

1. copii ale actelor eliberate de organele care au constatat, investigat evenimentul asigurat (pompieri, poliție);
2. dovada declarării de către Asigurat a evenimentului produs la organele polițienești de la locul faptei, în cazul furtului ori tâlhăriei.

e) pentru riscul acoperit prin **Asigurarea de Răspundere civilă față de terți**, Asiguratul va furniza Asiguratului:

1. declarațiile martorilor (daca există) cu privire la producerea prejudiciilor;
2. copii ale actelor/rapoartelor eliberate de către organele care au constatat/investigat prejudiciul;
3. decizia definitivă și irevocabilă cu privire la plata despăgubirilor, dacă prejudiciul nu a fost soluționat pe cale amiabilă;
4. facturi, chitanțe sau orice alte documente care să facă dovada cheltuielilor față de terț.

DECIZIA ASIGURĂTORULUI DUPĂ AVIZAREA RISCULUI

41. 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.

42. Orice acțiune sau informație incompletă sau incorectă întreprinsă sau furnizată de către Asigurat/Contractant/Reprezentant legal/Moștenitor legal/Terț mandatar al acestora, care împiedică Asiguratorul să determine cauzele producerii riscului asigurat, dă Asiguratorului dreptul de a refuza rambursarea cheltuielilor, respectiv plata indemnizațiilor.

43. În cazul în care Asiguratul suportă contravaloarea cheltuielilor din surse proprii, plata sumelor convenite Asiguratului se face de către Asigurator pe baza documentelor prezentate în original, documente care devin proprietatea Asiguratului.

44. 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 30 zile calendaristice de la data la care primește toate documentele necesare evaluării dosarului de daună.

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

46. Dreptul de a ridica pretenții față de Asigurator în baza prezentului contract de asigurare se stinge în termen de 2 ani de la data producerii riscului asigurat.

OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI ÎN CAZUL PRODUCERII ȘI AVIZĂRII RISCULUI

47. Dacă, pe baza documentelor solicitate, Asiguratorul decide că riscul este acoperit conform prezentelor condiții, în termenul asumat

pentru comunicarea deciziei sale va rambursa suma convenită sau va plăti indemnizația de asigurare convenită.

48. În limita sumei asigurate, Asiguratorul va despăgubi și cheltuielile telefonice legate de comunicarea cu Compania de Asistență, în măsura în care se dovedește efectuarea lor.

49. Conform prezentelor condiții de asigurare, suma convenită pentru a fi rambursată Asiguratului/Moștenitorilor legali ai acestuia prin **Asigurarea Medicală**, se calculează cu aplicarea următoarelor prevederi:

a) contravaloarea cheltuielilor medicale rambursate pe durata contractului de asigurare nu trebuie să depășească valoarea sumei asigurate corespunzătoare Asigurării medicale; această sumă include și contravaloarea cheltuielilor de repatriere;

b) contravaloarea cheltuielilor de repatriere medicală sau a corpului neînsuflit pe durata contractului de asigurare nu trebuie să depășească valoarea sumei asigurate pentru cheltuieli de repatriere;

c) contravaloarea sumelor înscrise în bonuri fiscale/facturi face obiectul unei singure rambursări, indiferent de numărul asigurărilor medicale de călătorie în străinătate încheiate cu Asiguratorul;

d) dacă un accident sau o îmbolnăvire care a survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare necesită tratament în regim de spitalizare și după expirarea perioadei de valabilitate a poliței, obligația Asiguratorului de a rambursa contravaloarea cheltuielilor se poate extinde cu cel mult 15 zile calendaristice, în măsura în care Asiguratul aduce dovezi că repatrierea medicală nu a fost posibilă;

e) în cazul decesului Asiguratului, Asiguratorul va indemniza costul transportului unui membru al familiei sau unei persoane apropiate pentru a asista la repatrierea corpului neînsuflit al Asiguratului. Costul transportului va fi dedus din limita maximă de indemnizație a cheltuielilor de repatriere;

f) în cazul spitalizării Asiguratului pentru o perioadă mai mare de 10 zile, Asiguratorul va acorda indemnizație de asigurare pentru acoperirea costului repatrierii minorului rămas singur, care îl însoțește pe Asigurat în călătorie. Costul repatrierii minorului va fi dedus din limita maximă de indemnizație a cheltuielilor de repatriere.

50. Conform prezentului contract de asigurare, suma convenită pentru a fi plătită sub formă de indemnizație de asigurare Asiguratului/Moștenitorilor legali ai acestuia prin **Asigurarea de Accidente**, se calculează cu aplicarea următoarelor prevederi:

a. în cazul decesului Asiguratului, Asiguratorul va plăti moștenitorilor legali indemnizația de asigurare egală cu suma asigurată; în cazul decesului Asiguratului pentru care Asiguratorul a plătit deja indemnizații pentru Asigurarea de Accidente, Asiguratorul va plăti numai diferența dintre suma asigurată și indemnizația plătită anterior;

b. în caz de invaliditate permanentă, Asiguratorul va plăti Asiguratului o indemnizație calculată conform Tabelului 1 anexat prezentelor condiții de asigurare; suma tuturor indemnizațiilor plătite pentru invaliditatea permanentă nu poate depăși 100% din valoarea sumei asigurate a acoperirii; în cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în același accident, indemnizația de invaliditate se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare vătămare; în caz de pierdere anatomică sau funcțională a unui organ sau membru deja deficient, procentele indicate sunt micșorate ținând seama de gradul de invaliditate pre-existent; stabilirea gradului de invaliditate și plata despăgubirilor în caz de invaliditate permanentă se va face în termen de 1 an de la data accidentului, dar nu mai devreme de 3 luni de la această dată. În cazul în care invaliditatea permanentă este incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata despăgubirilor se poate face și înainte de terminarea tratamentului.

51. Conform prezentelor condiții de asigurare, suma convenită Asiguratului prin **Asigurarea Bagajelor**, se calculează cu aplicarea următoarelor prevederi:

a) în caz de daună totală, Asigurătorul va plăti o indemnizație egală cu valoarea bunului la data daunei (valoarea de nou din care se scade după caz, uzura) sau a unui bun asemănător sub aspectele construcției, performanțelor și prețului;

b) în caz de daună parțială, Asigurătorul va plăti o indemnizație egală cu costul reparației pentru aducerea bunului la starea anterioară evenimentului, fără a se depăși valoarea de nou a bunului.

Dacă, după plata indemnizației de asigurare, bunurile au fost găsite, Asiguratul este obligat să restituie Asigurătorului, în termen de 15 zile, sumele încasate sau, dacă bunurile găsite sunt avariate sau incomplete, diferența dintre sumele încasate de la Asigurător și costul reparațiilor sau completării.

52. Conform prezentelor condiții de asigurare, suma cuvenită Asiguratului prin **Asigurarea de Răspundere civilă față de terți** se calculează cu aplicarea următoarelor prevederi:

a) în cazul vătămarilor corporale ale terților, indemnizațiile de asigurare vor consta, în limita răspunderii asumate de Asigurător, în acoperirea cheltuielilor necesare restabilirii sau ameliorării stării de sănătate, neacoperite de sistemele de asigurare socială, efectuate de persoana prejudiciată și în acoperirea pierderilor de venit net suferite de persoana prejudiciată pe această perioadă;

b) în cazul asigurării de răspundere civilă în situația decesului terței persoane, indemnizațiile de asigurare vor acoperi următoarele cheltuieli:

1. cheltuielile de înmormântare, pe baza înscrisurilor doveditoare;

2. cheltuielile de transport al corpului neînsuflit, justificate cu acte, de la localitatea unde a avut loc decesul până la localitatea în care se face înmormântarea;

3. veniturile nete nerealizate și alte eventuale cheltuieli făcute în perioada de la data producerii accidentului și până la data decesului, dacă acestea au fost cauzate de producerea accidentului;

4. sumă globală care să acopere prestațiile bănești periodice (pensii de întreținere) care se cuvin celor îndreptățiți.

c) în cazul prejudiciilor cauzate de Asigurat prin pagube la bunuri, indemnizația de asigurare reprezintă costul procurării, reparației, refacerii ori restaurării bunurilor avariate sau costul procurării unui bun asemănător (din punct de vedere tehnic și al vechimii) celui avariat sau distrus, din care se scade, după caz, uzura și/sau valoarea resturilor care se pot valorifica. Indemnizațiile astfel stabilite nu pot depăși valoarea reală a bunurilor la momentul producerii evenimentului asigurat.

Indemnizațiile de asigurare în cazul Asigurării de Răspundere civilă față de terți nu pot depăși limita maximă a răspunderii asumate prin contractul de asigurare.

Cuantumul indemnizațiilor de asigurare în cazul răspunderii civile față de terți se stabilește fie pe baza înțelegerii dintre părți, fie prin hotărâre judecătorească definitivă. Înțelegerea se poate face între Asigurat și persoanele păgubite, cu privire la pretențiile acestora, cu acordul Asigurătorului.

Dacă se stabilește că despăgubirea datorată de Asigurat persoanei păgubite să fie plătită sub formă de prestații bănești periodice (pensie de întreținere), atunci indemnizația datorată de Asigurător se va plăti sub forma unei sume globale care să acopere contravaloarea acestor prestații, în limita de răspundere asumată de Asigurător.

53. În cazul riscurilor avizate la Compania de Asistență, plata cheltuielilor se efectuează direct de către aceasta, în numele Asigurătorului, sau de către Asigurător în cazul în care plata nu a putut fi efectuată de către Compania de Asistență.

54. În cazul în care solicitarea pentru rambursarea contravalorii cheltuielilor/plății indemnizațiilor este frauduloasă ori are la bază declarații false, Asigurătorul va refuza plata acestora.

55. Dacă pe baza documentelor solicitate Asigurătorul decide că riscul survenit pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, nu este acoperit conform prezentelor condiții de asigurare, va informa Contractantul/Asiguratul/Reprezentantul legal/Moștenitorul asupra deciziei de neîncadrare în condițiile de asigurare a evenimentului avizat și refuzului de rambursare a cheltuielilor.

REGLEMENTAREA PLĂȚILOR DATORATE DE ASIGURĂTOR ÎN BAZA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

56. Sumele plătite în baza contractului de asigurare se vor plăti în RON, la cursul BNR din data efectuării plății, într-un cont bancar comunicat în scris Asigurătorului și deschis la o bancă de pe teritoriul României sau prin orice altă modalitate de plată agreată de către Asigurător, în termen de 30 zile calendaristice de la data furnizării tuturor documentelor necesare.

57. Eventualele taxe și comisioane privind operațiunile de plată a beneficiilor în baza contractului de asigurare vor fi suportate de către Asigurător. În cazul în care detaliile de plată comunicate de Contractant/Asigurat/Reprezentant legal /Moștenitor legal nu sunt corecte și/sau complete, iar încercarea de efectuare a plății de către Asigurător eșuează, Asigurătorul 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.

ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

58. Răspunderea contractuală a Asigurătorului încetează în următoarele cazuri:

a) la inițiativa Contractantului, ca urmare a înregistrării solicitării de reziliere la sediul Asigurătorului;

b) la inițiativa Asigurătorului, conform prevederilor condițiilor de asigurare sau a dispozițiilor legale ori în baza prevederilor sancțiunilor internaționale;

c) la ora 24:00 a zilei specificate ca data de maturitate;

d) la data la care suma rambursărilor efectuate/indemnizațiilor de asigurare plătite în baza contractului de asigurare egalează suma asigurată, indiferent de numărul riscurilor asigurate produse în cadrul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare în care Asiguratul se află în străinătate.

CORRESPONDENȚA PRIVIND CONTRACTUL DE ASIGURARE

59. Orice solicitare a Contractantului înaintată Asigurătorului se efectuează pe bază de document semnat și trimis de către acesta la sediul Asigurătorului, însoțit de toate documentele justificative solicitate de Asigurător.

60. Orice comunicare a Asigurătorului 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 Asigurătorul cu privire la modificarea datelor sale de contact.

61. Asigurătorul 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 Asigurătorului.

62. În cazul schimbării unor elemente din documentele contractuale, Asigurătorul poate folosi orice modalitate de comunicare a acestora Contractantului (de exemplu publicație națională de mare tiraj, website-ul Asigurătorului, telefon, SMS, poșta electronică etc.).

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

DISPOZIȚII FINALE

64. Orice solicitare adresată Asigurătorului, conform condițiilor de asigurare, trebuie semnată de către Contractant/Asigurat. Dacă semnătura din solicitarea adresată Asigurătorului nu coincide cu cea dintr-un document semnat anterior, Asigurătorul poate solicita Contractantului/Asiguratului după caz, confirmarea schimbării semnăturii; în acest sens, Contractantul/Asiguratul va pune la dispoziția Asigurătorului un specimen al noii semnături.

65. Respectarea de către Contractant/Asigurat 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 Asigurătorului de a rambursa contravaloarea cheltuielilor.

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

67. Asiguratul/Contractantul persoană fizică are dreptul de informare, de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra acestora, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, precum și dreptul de a se adresa justiției, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Aceștia își pot exercita drepturile prevăzute mai sus depunând la Allianz-Tiriac Asigurări S.A. o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă care poate fi și de poștă electronică sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea acestora i se va face numai personal. Asiguratul persoană fizică este încunoștințat că datele cu caracter personal pot să fie prelucrate de Allianz-Tiriac Asigurări S.A. și în scop de marketing și sondaje, putând fi contactați oricând în acest sens, și prin intermediul materialelor informative emise de Asigurător. În situația în care se dorește stoparea acestora, se poate transmite o cerere la adresa de e-mail info@allianztiriac.ro sau prin alte mijloace electronice de comunicare, puse la dispoziție de către Allianz-Tiriac Asigurări S.A.

68. Prin încheierea contractului de asigurare, Contractantul/Asiguratul persoane fizice își dau acordul în mod expres și neechivoc ca Asigurătorul să le prelucreze datele cu caracter personal și datele privind starea de sănătate, în conformitate cu prevederile legislației în vigoare pentru protecția persoanelor, cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul evaluării riscului, administrării contractului de asigurare, avizării riscurilor și stabilirea indemnizațiilor de asigurare și a altor beneficii oferite prin contractul de asigurare. De asemenea,

Contractantul/Asiguratul persoană fizică înțeleg și sunt de acord că datele antemenționate pot fi transmise și prelucrate și de alte companii din Grupul Allianz sau de orice alt terț împuternicit expres de către Allianz Tiriac Asigurări S.A.

69. De asemenea, prin încheierea contractului de asigurare, Asiguratul își dă acordul expres și autorizează, în contextul avizării unui risc asigurat, orice medic curant, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul său medical, să furnizeze aceste date către Allianz-Tiriac Asigurări S.A. și îi exonerează de secretul profesional referitor la aceste informații. Mai multe informații despre protecția datelor sunt disponibile pe pagina web a companiei, www.allianztiriac.ro, în secțiunea Protecția datelor.

70. 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.

71. Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile momentul apariției forței majore; 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.

72. Fondul de garantare este destinat rambursării contravalorii cheltuielilor rezultate din contractul de asigurare, în cazul constatării insolvenței Asigurătorului și este administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

73. Conform Codului Fiscal, primele de asigurare aferente contractelor de asigurare de călătorie în străinătate nu sunt deductibile fiscal.

74. Asigurătorul nu oferă acoperire și nici nu plătește daune și orice alte beneficii, în măsura în care furnizarea unor astfel de acoperiri, plata unor astfel de daune sau beneficii ar expune Asigurătorul la sancțiuni, interdicții sau restricții în conformitate cu rezoluțiile Națiunilor Unite/sancțiunilor comerciale sau economice/legilor și regulamentelor Uniunii Europene, Marea Britanie sau Statele Unite ale Americii.

Tabelul 1 la condițiile de asigurare VOIAJ Direct privind nivelul maxim al indemnizației plătibile conform SCALEI CONTINENTAL

Vătămarea corporală suferită	Indemnizația maximă plătabilă (în % din suma asigurată)
Pierderea ambelor mâini	100
Pierderea ambelor picioare	100
Pierderea totală și irecuperabilă a vederii la ambii ochi	100
Pierderea unei mâini și a unui picior	100
Pierderea unei mâini sau a unui picior împreună cu pierderea totală și irecuperabilă a vederii la un ochi	100
Boală mentală totală și incurabilă	100
Paralizie totală și incurabilă	100
Pierderea brațului sau a mâinii drepte *	60
Pierderea brațului sau a mâinii stângi *	50
Pierderea unui picior sau a unei gambe	50

Pierdere totală și irecuperabilă a vederii la un ochi	50
Pierdere degetului mare de la mâna dreaptă *	15
Pierdere degetului mare de la mâna stângă *	10
Pierdere indexului de la mâna dreaptă *	10
Pierdere indexului de la mâna stângă *	7
Pierdere oricărui alt deget de la mâna dreaptă *	6
Pierdere oricărui alt deget de la mâna stângă *	5
Pierdere degetului mare de la un picior	5
Pierdere oricărui alt deget de la un picior	3
Pierdere totală și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	40
Pierdere totală și irecuperabilă a auzului la o ureche	10

*pentru persoanele stângace, procentele de indemnizare se inversează.