

ASIGURAREA PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE

CONDIȚII GENERALE

1. DEFINIREA TERMENILOR

ACCIDENT: eveniment datorat unei cauze neprevăzute, externe, vizibile, violente, întâmplătoare și absolut independente de voința **asiguratului** și care determină producerea riscului asigurat. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore se consideră un singur accident.

ASIGURĂRI SUPLIMENTARE: sunt clauze contractuale cuprinzând acoperiri opționale care pot fi atașate, la solicitarea **asiguratului** sau a **contractantului**, la Pachetul de bază.

ASIGURAT: persoana fizică menționată în Polița/Certificatul de asigurare, cu vârsta minimă de 30 zile, care călătorește temporar în afara granițelor României, țării de cetățenie sau țării de reședință.

ASIGURĂTOR: Groupama Asigurări S.A, Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub Nr. RA – 009/10.04.2003, Cod LEI 549300EO4TPESE4LEE73 care, în schimbul încasării primei de asigurare, se obligă să plătească indemnizația de asigurare în cazul producerii riscului asigurat, conform condițiilor contractuale.

ASISTENȚĂ: îndrumarea sau ajutorul acordat **asiguratului** aflat în dificultate în timpul călătoriei în străinătate pe durata asigurării, oferită de Groupama Asigurări prin intermediul companiei de asistență colaboratoare. Aceasta poate fi medicală sau non medicală.

BENEFICIAR: persoana fizică ce beneficiază de asistență sau încasează Indemnizația de asigurare/despăgubirea în cazul producerii riscului asigurat, atunci când Indemnizația sau asistența nu se acordă direct **asiguratului**. În cazul decesului **asiguratului** beneficiari ai asigurării sunt moștenitorii legali ai **asiguratului**, în cazul în care acesta nu a desemnat un **beneficiar**.

BOALĂ: modificare 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 specialist autorizat, conform criteriilor clinice și/sau paraclinice.

CĂLĂTORIE ÎN STRĂINĂTATE: călătorie în afara granițelor teritoriale ale României, ale țării de cetățenie sau ale țării de reședință a **asiguratului**, în ariile geografice menționate în Polița sau Certificatul de asigurare.

CĂLĂTORII MULTIPLE: ieșiri și intrări successive în România, țara de reședință sau țara de cetățenie, efectuate pe parcursul valabilității Poliței/Certificatului de asigurare.

CERTIFICAT DE ASIGURARE: document emis de **asigurator** pentru asigurările de grup nominal, în care sunt înscrise datele de contact ale **asiguratorului** și ale companiei de asistență, datele de identificare ale **asiguratului** și datele esențiale ale asigurării.

COMPANIA DE ASISTENȚĂ: compania desemnată de **asigurator** care acordă **asiguratului** asistență medicală/non medicală sau rutieră și care acționează în numele acestuia pentru îndeplinirea condițiilor contractuale.

CONDIȚIE PRE-EXISTENTĂ: orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data de început a asigurării.

CONTRACTANT: persoană fizică sau juridică, alta decât **asiguratul**, care încheie Contractul de asigurare cu **asiguratorul**, având responsabilitatea de a plăti prima de asigurare.

CONTRACTUL DE ASIGURARE: actul juridic care se încheie între **contractant/asigurat** și **asigurator**, prin care **asiguratul/contractantul** se obligă să plătească prima de asigurare, iar **asiguratorul** se obligă să asigure acordarea asistenței prin intermediul companiei de asistență și/sau să achite **asiguratului** Indemnizația de asigurare, în termenii și limitele convenite, la producerea riscului asigurat. Parte integrantă a contractului de asigurare sunt: Condițiile de asigurare generale ale asigurării de călătorii în străinătate, Condițiile speciale menționate expres în Polița/Certificatul de asigurare, Polița/Certificatul de asigurare, Oferta de asigurare și orice alte documente legate de prezenta asigurare.

DIAGNOSTIC: încadrare/identificare certă, de către un medic, a afecțiunii care a necesitat tratament de urgență.

DURATA ASIGURĂRII: perioada de timp, exprimată în număr de zile (minimum 3 zile, maximum 365 zile), pentru care se încheie Contractul de asigurare, delimitată prin data de început și de sfârșit a asigurării, menționată pe Polița de asigurare sau pe Certificatul de asigurare.

DURERE ACUTĂ: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție rapidă care, în urma unui tratament adecvat pe termen scurt, duce la restabilirea stării de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

EVENIMENT ASIGURAT: producerea riscurilor asigurate așa cum sunt descrise în contractul de asigurare.

FRANȘIZĂ/PERIOADĂ DEDUCTIBILĂ: Suma stabilită/durata de timp pentru care GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu-și va asuma obligația de plată, dacă despăgubirea se situează sub această sumă fixă/durată de timp.

INDEMNIZAȚIE DE ASIGURARE/DESPĂGUBIRE: sumă datorată de **asigurator asiguratului/beneficiarului**, în cazul producerii riscului asigurat. Indemnizația nu poate depăși suma asigurată stabilită pentru fiecare tip de risc asigurat în parte.

INTERESUL ASIGURABIL: cerință esențială pentru valabilitatea contractului de asigurare; reprezintă existența unei relații între **contractant** pe de o parte, și **asigurat**, pe de altă parte. Această relație trebuie să justifice interesul legitim al **contractantului** pentru plata primelor de asigurare în folosul **asiguratului**.

INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ: pierderea potențialului fizic și psihosenzorial al **asiguratului** în urma unui accident petrecut în străinătate pe durata asigurării, nesusceptibilă de ameliorări, certificată de un medic agreat de **asigurator**, respectiv: pierderea completă

a vederii ambilor ochi, pierderea funcțiunii ambelor brațe sau a ambelor mâini, pierderea ambelor tibii, pierderea unui antebraț și a unui picior, afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului;

ÎMBOLNĂVIRE SUBITĂ: îmbolnăvire care se produce imprevizibil într-un timp scurt și pe neașteptate, în timpul unei călătorii în străinătate, pe durata asigurării.

MEDIC: persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în limitele specialității licenței sale, în baza unei autorizații valabile de liberă practică.

OAMENI DE AFACERI (BUSINESS): persoane care efectuează călătorii în străinătate în legătură directă cu serviciul, cu activitatea proprie de afaceri pe baza unui document justificativ în acest sens (delegație din partea firmei, invitație la un congres, seminar etc.).

PACHET DE BAZĂ: contract reglementat prin Condițiile generale privind Asigurarea pentru călătorii în străinătate. La Pachetul de bază pot fi atașate Asigurări suplimentare.

POLIȚA DE ASIGURARE: actul juridic încheiat între **contractant/asigurat** și **asigurător**, semnat de ambele părți, care dovedește încheierea Contractului de asigurare;

PRIMA DE ASIGURARE: suma de bani datorată de **asigurat/contractant** în schimbul asumării riscului de către **asigurător**.

RISC ASIGURAT: eveniment viitor, posibil, incert, cuprins în asigurare, care odată produs, obligă **asigurătorul** să plătească **asiguratului/beneficiarului**, Indemnizația de asigurare conform clauzelor și limitelor stabilite în Contractul de asigurare.

RUDE ALE ASIGURATULUI: soț, soție, copii, părinții **asiguratului**, părinții soțului sau ai soției **asiguratului**.

ȘOFER PROFESIONIST: persoana care are atestarea de șofer profesionist, cât și o adeverință eliberată de societatea angajatoare din care rezultă că efectuează deplasări în interes de serviciu.

SPITAL: unitate sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

SPORTURI DE AGREMENT CU RISC REDUS: activitate fizică sportivă, practică ocazional, în scop recreativ, ca amator, în condiții de normalitate și siguranță, într-un cadru organizat, cu echipament de protecție corespunzător.

SUMA ASIGURATĂ: limita maximă a Indemnizației de asigurare pe care **asigurătorul** o plătește în cazul producerii riscului asigurat și care este înscrisă în Polița/Certificatul de asigurare.

TURIST: persoana care efectuează călătorii în străinătate în scop turistic, vizită la rude/cunoștințe.

URGENTĂ MEDICALĂ: o vătămare corporală sau o afecțiune acută ce pune în pericol viața sau sănătatea **asiguratului** și care necesită îngrijiri medicale ce nu pot fi amânate.

VĂTĂMARE CORPORALĂ: reprezintă orice vătămare fizică a **asiguratului** sau a unei terțe persoane (în cazul Asigurării de răspundere civilă individuală), produsă în urma unui accident, detectabilă din punct de vedere medical și justificată prin documente medicale eliberate de către medici specialiști.

DEFINIȚII SPECIFICE PENTRU ASIGURAREA DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

EVENIMENT ASIGURAT: producerea riscului asigurat, din culpa **asiguratului**, care generează prejudicii prin pagube materiale și/sau vătămări corporale ori decesul uneia sau mai multor terțe persoane;

SUMA ASIGURATĂ/LIMITA RĂSPUNDERII: suma maximă până la care **asigurătorul** răspunde în cazul producerii evenimentului asigurat pe durata asigurării; răspunderea asumată de Groupama Asigurări S.A nu va depăși în total, pe toată durata asigurării, în legătură cu toate prejudiciile suferite de terțe persoane, limita răspunderii, indiferent de numărul evenimentelor asigurate produse.

TERȚ PREJUDICIAT: persoana îndreptățită să primească Indemnizația de asigurare pentru prejudiciul suferit ca urmare a faptei **asiguratului** care declanșează angajarea răspunderii civile a acestuia.

CULPĂ: formă a vinovăției manifestată prin imprudență sau neglijență;

DAUNE MORALE: consecințele de natură nepatrimonială cauzate terțelor persoane prin fapte ilicite culpabile, constând în atingeri aduse personalității fizice sau psihice, prin lezarea unui drept sau interes nepatrimonial, consecințe fără conținut economic și care, prin natura lor, nu pot fi evaluate în bani;

IMPRUDENȚĂ: formă a culpei prin care autorul faptei prevede rezultatul faptei sale, dar nu-l acceptă, socotind, fără temeii, că el nu se va produce;

NEGLIJENȚĂ: formă a culpei prin care autorul faptei nu prevede rezultatul faptei sale, deși trebuia și putea să îl prevadă;

PIERDERI FINANCIARE DIRECTE/PURE: pierderi financiare care nu sunt urmare a unei vătămări corporale sau a unei pagube materiale;

PIERDERI FINANCIARE INDIRECTE/DE CONSECIINȚĂ: pierderi financiare care sunt urmare a unei vătămări corporale sau a unei pagube materiale constând în beneficii sau câștiguri nerealizate, pierderi de profit, pierderea folosinței bunurilor etc.

În plus, pentru asigurările de grup, sunt valabile și următoarele definiții:

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE ASIGURAT: suma de bani maximă pe care **asigurătorul** o plătește pentru un **asigurat**, indiferent de numărul de evenimente asigurate sau de riscurile asigurate produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin Contractul de asigurare, asigurarea încetează pentru persoana respectivă. În cazul în care suma solicitată cu titlu de Indemnizație de asigurare în temeiul contractului depășește această limită, **asigurătorul** va achita Indemnizația de asigurare doar pînă la atingerea limitei de despăgubire pe **asigurat**.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE CONTRACT: suma de bani maximă pe care **asigurătorul** o plătește cu titlu de Indemnizație de asigurare, în baza respectivului Contract de asigurare de grup, tuturor persoanelor asigurate incluse în indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii evenimentului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin Contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor asigurate, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime

asigurate pentru riscul asigurat respectiv. În cazul în care suma solicitată cu titlu de Indemnizație de asigurare în temeiul contractului respectiv depășește această limită, **asigurătorul** va achita Indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe contract.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE EVENIMENT: suma de bani maximă pe care **asigurătorul** o plătește în cazul în care riscul asigurat se produce pentru mai mulți **asigurați** incluși într-o asigurare grup, ca urmare a aceleiași eveniment asigurat. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor pentru care s-a produs riscul asigurat, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru riscul asigurat respectiv. În cazul în care suma solicitată cu titlu de indemnizație de asigurare în temeiul contractului respectiv depășește această limită, **asigurătorul** va achita Indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe contract.

2. RISCURI ASIGURATE – Descriere Pachete de asigurare

PACHETE DE BAZĂ	Pachet de bază A	Pachet de bază B	Pachet de bază C
	10.000 euro	30.000 euro	50.000 euro
1. ASIGURAREA MEDICALĂ			
Asistență medicală de urgență	În limita sumei asigurate	În limita sumei asigurate	În limita sumei asigurate
Repatriere medicală	În limita sumei asigurate	Max. 10.000 euro	Max. 10.000 euro
Repatriere funerară	Max. 5.000 euro	Max. 7.000 euro	Max. 10.000 euro
Tratament dentar de urgență	Max. 300 euro	Max. 300 euro	Max. 300 euro
Cheltuieli suplimentare în cazul spitalizării Asiguratului pe o perioadă mai mare de 10 zile:			
· Vizita unei rude	Max. 300 euro	Max. 300 euro	Max. 300 euro
· Repatrierea minorilor	Max. 300 euro	Max. 300 euro	Max. 300 euro
· Convorbiri telefonice de urgență	Max. 50 euro	Max. 50 euro	Max. 50 euro
2. ASIGURAREA DE ACCIDENTE – DECES ȘI INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ	Max. 1.000 euro	Max. 2.000 euro	5.000 euro
3. RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ	-	2.000 euro	5.000 euro
4. ASIGURAREA DOCUMENTELOR – PIERDEREA SAU FURTUL	-	400 euro	400 euro

2.1. Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare pentru riscurile produse pe timpul călătoriei în străinătate, pe durata asigurării, în teritoriile în care asigurarea este valabilă conform mențiunilor cuprinse în Polița sau Certificatul de asigurare și în limitele Pachetului de bază deținut sau a Asigurațiilor Suplimentare pentru care a optat, astfel:

ASIGURAREA MEDICALĂ

2.1.1. ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ, reprezentând:

- diagnosticarea medicală; tratamentul medical ambulatoriu inclusiv control medical (recomandat de medic și avizat de compania de asistență medicală) efectuat imediat după acordarea asistenței medicale de urgență în scopul examinării stării de sănătate a **asiguratului** care în absența imediată poate pune în pericol sănătatea sau viața **asiguratului**.
- medicamentele și materialele auxiliare prescrise de medic; materialele medicale ajutoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale - orteze, corsete și aparate gipsate;
- tratamentul staționar într-un spital sub supravegherea directă a unui medic, folosindu-se exclusiv metode medicale recunoscute și aprobate. **Asiguratul** are obligația de a se adresa celui mai apropiat spital unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Cheltuielile cu spitalizarea se vor acoperi numai până când starea medicală a **asiguratului** va permite repatrierea acestuia;
- transportul de urgență al **asiguratului** efectuat de serviciile de ambulanță până la cel mai apropiat spital, cel mai apropiat medic sau transferul la un alt spital, dacă este recomandat de medic;
- intervenția chirurgicală de urgență.

2.1.2. REPATRIERE

a) Repatrierea medicală – reprezintă transportul **asiguratului** în localitatea de domiciliu sau la cel mai apropiat spital din România, țara de cetățenie sau țara de reședință unde poate primi tratamentul recomandat de medic (repatrierea medicală).

Repatrierea medicală a **asiguratului**, aflat în imposibilitatea de a călători singur, va fi organizată de compania de asistență medicală.

Momentul repatrierii și modalitatea de transport vor fi stabilite de medicul curant împreună cu echipa medicală a companiei de asistență medicală. Astfel, repatrierea **asiguratului** poate fi organizată după cum urmează:

- la un spital al cărui profil corespunde cu specificul cazului medical respectiv sau la un spital din România, situat în apropierea

domiciliului **asiguratului**, dacă se impune continuarea acordării asistenței medicale;

- la domiciliul acestuia.

În cazul în care **asiguratul** nu poate urma recomandarea medicală de repatriere, sau repatrierea medicală nu este strict necesară, **asigurătorul** va plăti o indemnizație de maxim 500 de euro, pe baza documentelor justificative (chitanțe, facturi, bonuri fiscale) pentru transportul **asiguratului** la domiciliu. Acest tip de repatriere este valabil numai în cazul în care **asiguratul** a beneficiat de asistență medicală pentru evenimentul asigurat respectiv – cauză a repatrierii, conform condițiilor de asigurare.

b) Repatrierea funerară – reprezintă repatrierea corpului neînsuflăit la domiciliu, inclusiv costul sicriului, în cazul decesului **asiguratului** sau cheltuieli de înmormântare/incinerare la locul decesului.

2.1.3. TRATAMENT DENTAR

- tratamentul dentar de urgență (pentru îndepărtarea durerilor acute și a celor cauzate de accidente), inclusiv o eventuală radiografie dentară.

2.1.4. CHELTUIELI SUPLIMENTARE, ÎN CAZUL SPITALIZĂRII ASIGURATULUI PE O PERIOADĂ MAI MARE DE 10 ZILE

a) Decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic, pentru una dintre rude, în cazul deplasării acesteia la **asigurat**;

b) Repatrierea copiilor **asiguratului** la domiciliul din România, țara de cetățenie sau de reședință; cheltuielile de repatriere constau în decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic;

c) Decontarea valorii convorbirilor telefonice urgente efectuate de **asigurat** cu membrii familiei și cu medicul de familie pe durata spitalizării acestuia.

ASIGURAREA DE ACCIDENTE DE PERSOANE

2.1.5. Decesul sau invaliditatea permanentă totală ca urmare a unui accident, survenite într-o perioadă de 365 de zile calendaristice de la data accidentului produs pe durata asigurării în timpul călătoriei în străinătate. În aceste situații, **asigurătorul** va plăti Indemnizația de asigurare **asiguratului/beneficiarului** astfel:

a) în cazul în care **asiguratul** va deceda ca urmare a accidentului, **asigurătorul** va plăti **beneficiarului** sau moștenitorilor legali ai **asiguratului** (în cazul în care nu a fost desemnat un **beneficiar**) suma asigurată pentru deces;

b) în cazul în care **asiguratul** va suferi ca urmare a accidentului ce a avut loc pe durata asigurării o invaliditate permanentă totală, GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. va plăti **asiguratului** suma asigurată din Polița/Certificatul de asigurare.

2.1.5.1. În cazul invalidității permanente totale ca urmare a unui accident, invaliditatea trebuie să fie constatată în termen de cel mult 1 an de la data accidentului.

2.1.5.2. În cazul invalidității permanente totale ca urmare a unui accident, **asigurătorul** va plăti suma asigurată, menționată în Polița/Certificatul de asigurare.

2.1.5.3. Dacă decesul **asiguratului** se produce înainte de plata indemnizației de asigurare cuvenite, aferente acestei asigurări, aceasta va fi plătită **beneficiarului** sau moștenitorilor legali ai **asiguratului**, în cazul în care acesta nu a desemnat un **beneficiar**.

2.1.5.4. În cazul în care, pentru oricare din riscurile deces din accident sau invaliditate permanentă totală din accident, Indemnizația de asigurare a fost plătită anterior de către GROUPAMA ASIGURĂRI, în baza prezentului Contract, până la limita sumei asigurate, obligațiile de plată ale **asigurătorului** încetează.

RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

2.1.6. Răspundere civilă individuală – sunt acoperite eventuale prejudicii produse terților - vătămări corporale și/sau daune materiale - pe durata călătoriei în străinătate pe durata asigurării.

În baza prezentului Contract de asigurare este acoperită răspunderea civilă a **asiguratului** ca urmare a unor evenimente produse pe durata asigurării, cu condiția ca terța persoană pagubită să își valorifice pretențiile de despăgubire fie pe durata asigurării, fie în termenul legal de prescripție și **asiguratul** să le notifice imediat **asigurătorului**.

Asigurătorul acordă despăgubiri pentru cheltuieli de judecată făcute în procesul civil și pentru cheltuieli care decurg din răspunderea civilă delictuală a **asiguratului**, în cazul pagubelor provocate în mod accidental de către acesta terților, în timpul călătoriei, pe durata asigurării.

Pagubele pot consta în:

- producerea de vătămări corporale, în mod accidental, unor terțe persoane, care nu sunt membri ai familiei sau preuși ai **asiguratului**, nu sunt însoțitori ai **asiguratului** pe parcursul călătoriei sau care nu sunt angajați de către **asigurat** în acest scop;

- pierderea sau distrugerea oricărui tip de proprietate care nu aparține, nu este în responsabilitatea și nu este sub controlul **asiguratului** sau al oricărui membru al familiei acestuia, preușilor **asiguratului**, oricărui însoțitor al **asiguratului** în timpul călătoriei.

Se acordă despăgubiri numai dacă sunt îndeplinite, cumulativ, următoarele condiții:

a) prejudiciul suferit de terța persoană să fi fost cauzat de o faptă culpabilă a **asiguratului**, produsă pe durata Asigurării;

b) între fapta culpabilă și prejudiciul produs terței persoane să existe o legătură de cauzalitate;

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

Asigurătorul plătește despăgubiri, în limita răspunderii, doar pentru faptele ilicite sau seria de fapte ilicite din culpă în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare și numai dacă prejudiciile materiale aduse terților s-au produs în durata asigurării.

Răspunderea asumată de Groupama Asigurări S.A nu va depăși în total pe durata Asigurării, în legătură cu toate prejudiciile suferite de terțe persoane, consecințe ale tuturor evenimentelor asigurate produse pe durata Asigurării, limita maximă a răspunderii, prevăzută în Polița/Certificat.

Asigurătorul este îndreptățit să își exercite orice drept în a-și apăra interesele sau pentru a obține o înțelegere în ceea ce privește un eveniment asigurat. De asemenea, poate să aplice procedurile necesare în numele **asiguratului** și/sau în beneficiul său, aceste acțiuni desfășurându-se împotriva oricărei părți implicate. **Asiguratul** trebuie să ofere toate informațiile și ajutorul necesare, pe care **asigurătorul**

le solicită.

Asiguratul are obligația să opună terței persoane toate apărărilor pe care le poate formula și să nu renunțe la niciun drept și la nicio prescripție în favoarea sa. În caz contrar, **asigurătorul** are dreptul de a nu acorda Indemnizația de asigurare dacă prin formularea apărării, exercitarea dreptului sau invocarea prescripției **asiguratul** nu ar mai fi fost obligat să repare prejudiciul.

ASIGURAREA DOCUMENTELOR

2.1.7. Asigurarea documentelor în cazul pierderii sau al furtului acestora – reprezentând **asistența** oferită **asiguratului** de către compania de asistență și decontarea **cheltuielilor efectuate de asigurat exclusiv** pentru obținerea unui document înlocuitor, necesar întoarcerii în țară, (acte provizorii pe numele **asiguratului**, Cartea sau Buletinul de Identitate, Pașaportul, Certificatul de înmatriculare, Permisul de conducere, Legitimații de călătorie și de serviciu ca urmare a furtului sau a pierderii acestora).

În cazul furtului sau pierderii documentelor enumerate mai sus, indispensabile pentru continuarea călătoriei sau pentru reîntoarcerea în țară, se asigură, după caz:

- consiliere acordată **asiguratului** de compania de asistență asupra demersurilor ce trebuie efectuate;
- costurile pentru procurarea de documente provizorii și/sau bilete / documente de transport în locul celor pierdute/furate (în limita maximă a sumei asigurate, prevăzută în Polița de asigurare);
- costul transportului (o singură călătorie dus-întors) până în localitatea din străinătate în care au fost emise documentele, dacă pentru eliberarea documentelor a fost necesară deplasarea în altă localitate (din străinătate), în baza documentelor justificative;
- contravaloarea taxelor de emisie a documentelor provizorii de identitate emise în locul celor furate/pierdute.

Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare numai pentru evenimentele asigurate apărute pe durata asigurării și notificate **asigurătorului** în termen de 48 de ore de la data producerii evenimentului asigurat, în baza documentelor originale primite de la autoritățile locale și alte documente justificative.

2.2. ASIGURĂRI SUPLIMENTARE pentru care poate opta **asiguratul/contractantul**, în acest caz asigurările suplimentare sunt menționate în Polița sau Certificatul de asigurare, astfel:

- Asigurarea suplimentară de protecție privind anularea vacanței,
- Asigurarea suplimentară pentru sporturi de sezon,
- Asigurarea suplimentară pentru călătoriile cu avionul (întârzierea/pierderea cursei aeriene, întârzierea/pierderea bagajelor),
- Asigurarea suplimentară privind întreruperea-extinderea călătoriei,
- Asigurarea suplimentară privind asistența rutieră.

3. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

3.1. Asigurarea se încheie înaintea plecării în străinătate pentru persoane fizice care călătoresc în afara granițelor României, ale țării de reședință și ale țării de domiciliu. Asigurarea se încheie pentru o perioadă de minimum 3 și maximum 365 de zile.

3.2. În funcție de scopul călătoriei, **contractantul** poate opta pentru:

- a) Turistic;
- b) Șofer profesionist;
- c) Business/Studii;
- d) Muncă/Sportiv profesionist sau participant la competiții/antrenamente.

4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

4.1. Asigurarea intră în vigoare la data și ora indicată în Polița/Certificatul de asigurare, dar nu înainte de plata primei de asigurare și de trecerea frontierei României, țării de cetățenie sau țării de reședință.

4.2. Contractul de asigurare încetează la ora 24.00 a datei de expirare înscrise în Polița de asigurare, sau odată cu trecerea frontierei în România, țara de cetățenie sau țara de reședință, oricare dintre acestea survine mai repede. În cazul în care pe parcursul valabilității poliței se înregistrează călătorii multiple în străinătate, asigurarea nu produce niciun fel de efecte pentru evenimentele produse pe teritoriul României sau al țării de cetățenie sau de rezidență.

4.3. În cazul asigurărilor individuale, dacă o îmbolnăvire sau un accident survine în timpul deplasării în străinătate necesită tratament și după încheierea duratei asigurării, **asigurătorul** va extinde perioada de acoperire a cheltuielilor cu asistența medicală și cu repatrierea cu până la 30 de zile, în limita sumei asigurate. În această situație, **asiguratul** trebuie să demonstreze că transportul la domiciliul/reședința din România, țara de cetățenie sau rezidență nu a fost posibil.

4.4. Contractul de asigurare încheiat la distanță, prin mijloace electronice, utilizând mediul online, pe o perioadă de cel mult o lună calendaristică, nu poate fi denunțat unilateral de niciuna dintre părți.

4.5. Contractul de asigurare încheiat între persoane prezente sau cel încheiat la distanță având o durată mai mare de o lună calendaristică poate fi denunțat unilateral de părțile contractante cu respectarea unui termen de preaviz de minim 20 de zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de cealaltă parte.

4.6. În cazul denunțării contractului de către **asigurat/contractant**, dacă termenul de preaviz se îndeplinește înainte de data de început a asigurării specificată în Poliță, **asigurătorul** va restitui acestuia prima de asigurare, în baza solicitării sale scrise transmisă anterior datei de început a asigurării.

4.7. În cazul denunțării Contractului de **asigurat/contractant**, după data de început a asigurării specificată în poliță, returul de primă se va efectua în baza solicitării scrise a **asiguratului/contractantului** și a dovezii de anulare/întrerupere a călătoriei, înainte de data expirării asigurării, numai dacă nu a fost avizat niciun risc asigurat până la acea dată. Astfel, se va plăti diferența de primă rămasă de la data înregistrării actului unilateral de denunțare și până la data de expirare a contractului de asigurare (pro-rata). După data înregistrării

declarației unilaterale de denunțare la **asigurător**, niciun risc produs ulterior nu va mai fi acoperit prin Contractul de asigurare.

4.8. Contractul de asigurare încetează și în următoarele cazuri:

a) La data decesului **asiguratului**.

b) La data plății întregii Indemnizații de asigurare pentru cel puțin un **asigurat** sau mai mulți (în cazul contractelor de grup), conform sumelor asigurate și limitelor de răspundere/despăgubire.

c) Prin rezilierea de către oricare dintre părți, în condițiile dreptului comun, sau prin rezilierea de către **asigurător** în condițiile art. 5.5.

d) Prin desființarea de drept în cazul în care, înainte ca obligația **asigurătorului** să înceapă a produce efecte, riscul asigurat s-a produs ori producerea acestuia a devenit imposibilă, sau dacă, după ce obligația menționată a început să producă efecte, intervenirea riscului asigurat a devenit imposibilă. În acest caz, **asiguratul/contractantul** este îndreptățit să recupereze prima de asigurare achitată proporțional cu perioada neexpirată a Contractului de asigurare (pro-rata), dar numai în cazurile în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse pe durata asigurării.

e) la data ieșirii din grupul asigurat, pentru **asiguratul** respectiv – în cazul asigurărilor de grup.

f) la data producerii evenimentului asigurat pentru Asigurarea suplimentară de protecție privind anularea călătoriei (în măsura în care această asigurare suplimentară face parte din Contractul de asigurare și este menționată în Poliță/Certificat).

5. PRIMA DE ASIGURARE

5.1. Prima de asigurare se plătește pentru perioada solicitată de **contractant/asigurat** la momentul încheierii Poliței de asigurare, conform tarifelor **asigurătorului**.

5.2. Prima de asigurare va fi plătită anticipat și integral pentru contractele individuale, cash, virament bancar sau on-line prin platforma asigurarionline.groupama.ro.

5.3. Pentru contractele de grup încheiate pe o durată de 365 de zile, plata primei se poate face și în rate. Cea dintâi rată de primă de asigurare se va plăti la data completării și semnării Cererii de asigurare. Ratele de primă de asigurare ulterioare trebuie plătite până la termenele scadente specificate în Polița de asigurare. Plata primei de asigurare este considerată o obligație esențială în prezentul contract.

5.4. Începând cu cea de a doua scadență, Contractantul va plăti rata de primă de asigurare direct în bancă, prin virament bancar sau on-line prin platforma asigurarionline.groupama.ro, în contul **asigurătorului** specificat în contract, data plății fiind cea înscrisă în documentul de plată. În documentul de plată trebuie menționat, obligatoriu, numărul Poliței de asigurare, cuantumul primei de asigurare și numele **contractantului/asiguratului**.

5.5. Neplata primei de asigurare sau a ratelor de primă în cuantumul și/sau la scadențele stabilite în polița de asigurare duce la rezilierea de drept a Contractului de asigurare, începând de la data scadenței ratei de primă neplătite. Rezilierea se produce de drept, fără a fi necesară nicio notificare din partea **asigurătorului** și fără îndeplinirea vreunei alte formalități. De la data încetării prin reziliere a Contractului acesta nu mai produce niciun efect.

5.6. Asiguratul/contractantul este răspunzător de plata primelor de asigurare, atât pentru Pachetul de bază, cât și pentru eventualele Asigurări suplimentare atașate Contractului de asigurare, conform modului de plată specificat în Polița de asigurare.

În cazul în care **asiguratul/contractantul** nu achită prima sau rata de primă în întregime sunt aplicabile prevederile art. 5.5. Cuantumul plătit de **asigurat** nu este purtător de dobândă și va fi restituit la solicitarea **contractantului/asiguratului**.

5.7. În calitate de plătitor, **asiguratul/contractantul** va solicita și va păstra dovada plății primei de asigurare. **Asiguratul/contractantul** trebuie să facă dovada plății primelor de asigurare, a datei plății și a cuantumului acesteia.

6. MODALITATEA ȘI TERMENUL DE PLATĂ A INDEMNIZAȚIILOR

6.1. În caz de producere a riscurilor asigurate, **asiguratul** sau împuternicitul acestuia are obligația:

- să contacteze **asigurătorul** la numărul de telefon înscris pe Polița/Certificatul de asigurare, în maxim 48 de ore de la producerea riscului asigurat; **asigurătorul** va direcționa **asiguratul** la compania de asistență, în funcție de natura riscului asigurat produs;
- să furnizeze datele din Polița/Certificatul de asigurare precum și informații referitoare la evenimentul produs;
- să urmeze indicațiile companiei de asistență medicală/rutieră;
- să prezinte personalului medical Polița/Certificatul de asigurare.

6.2. Dacă **asiguratul** nu respectă obligațiile de mai sus sau indicațiile companiei de asistență, **asigurătorul** poate să refuze plata Indemnizației de asigurare dacă din acest motiv nu a putut stabili cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei.

6.3. Asigurătorul poate achita contravaloarea cheltuielilor medicale, în locul **asiguratului**, prin intermediul companiei de asistență. În caz contrar, **asiguratul** va achita direct contravaloarea serviciilor medicale și, apoi, va solicita Indemnizația de asigurare corespunzătoare de la **asigurător**.

6.4. Asigurătorul nu răspunde de întârzierile în executarea serviciilor convenite în caz de greve, explozii, revolte, mișcări populare, restricții de liberă circulație, sabotaje, acte teroriste, război civil sau război, consecințe ale surselor de radioactivitate sau de orice alt caz de forță majoră.

6.5. În cazul în care nu este urmată procedura de la punctul **6.1.** și există o justificare pentru nerespectarea ei, **asigurătorul** va plăti Indemnizația de asigurare după ce **asiguratul/beneficiarul**:

- va proba legitimitatea de a obține Indemnizația de asigurare;
- va preda **asigurătorului** toată documentația cerută de acesta, în original, în termen de maxim 30 zile de la data producerii evenimentului asigurat. Documentele emise într-o limbă străină vor fi însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către **asigurat**.

ASIGURAREA MEDICALĂ

6.6. Notele de plată/chitanțele vor fi însoțite de rapoarte medicale complete, pentru tratamentul medical, care trebuie să cuprindă:

- numele persoanei tratate;
- cauza și diagnosticul stabilit;
- detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora.

6.7. Rețetele medicale prescrise trebuie să fie însoțite de documentele doveditoare ale plății medicamentelor achiziționate.

6.8. În cazul spitalizării se va prezenta și fișa de externare alături de notele de plată pentru tratamentul administrat.

6.9. Dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a unui accident, se va prezenta și actul eliberat de autoritățile competente (dacă este cazul).

6.10. În cazul tratamentului dentar, notele de plată/chitanțele trebuie să conțină informații privind dinții tratați, tratamentul aplicat și cauza care a determinat necesitatea intervenției.

6.11. În cazul transportului (care nu a fost organizat de compania de asistență) **asiguratului** la domiciliu, cheltuielile se vor justifica pe baza chitanțelor (biletelor)/facturilor/bonurilor fiscale, precum și a declarației medicului cu precizarea diagnosticului și a necesității, din punct de vedere medical, a efectuării transportului.

6.12. În cazul transportului corpului neînsuflețit al **asiguratului**, cheltuielile se vor justifica pe baza chitanțelor și a certificatului de deces cu indicarea de către medic a cauzelor decesului.

6.13. În acest caz, solicitarea Indemnizației de asigurare trebuie transmisă **asigurătorului** cel mai târziu după 30 de zile de la producerea riscului asigurat/întoarcerea în țară.

ASIGURAREA DE ACCIDENTE DE PERSOANE

6.14. În cazul producerii decesului sau invalidității permanente ca urmare a unui accident petrecut în străinătate pe durata de asigurare, pentru care avizarea se face la **asigurător**, se vor depune următoarele documente:

- a) formular avizare eveniment asigurat (formular tipizat), completat în întregime, semnat, ștampilat (în cazul **contractantului** persoană juridică) și datat (original);
- b) Polița/Certificatul de asigurare în vigoare la data accidentului care a condus la decesul **asiguratului** (original sau copie);
- c) certificat de deces sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului (copie);
- d) certificat medical constatator al decesului (copie);
- e) documente medicale care să cuprindă diagnosticul și evoluția tuturor afecțiunilor medicale în legătură cu accidentul care a condus la decesul sau invaliditatea permanentă totală (adeverință medicală, bilet de externare, fișă medicală etc.);
- f) proces verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului (copie): declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemie, adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor etc.;
- g) acte care să ateste legitimitatea persoanei de a obține Indemnizația de asigurare: act de identitate/pașaport (copie);
- h) alte documente solicitate de **asigurător** pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației de deces.

RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

6.15. În cazul pagubelor produse la bunuri, despăgubirile nu pot depăși valoarea acestora la data producerii evenimentului asigurat. Astfel, despăgubirile reprezintă costul reparației, refacerii ori restaurării bunurilor avariate sau costul procurării unor bunuri asemănătoare celor avariate (din punct de vedere tehnic și al vechimii) din care se scade uzura și/sau valoarea resturilor care se pot valorifica.

6.16. Urmare a producerii evenimentului asigurat, **asiguratul** va prezenta **asigurătorului**:

- devizul lucrărilor de reparații a pagubelor produse la clădiri sau alte construcții, mașini, instalații, utilaje etc., inclusiv cheltuielile de demontare și montare necesare acestor lucrări;
- proiectul clădirii sau construcției avariate sau distruse;
- inventarul bunurilor existente înainte de producerea evenimentului și al celor rămase după producerea evenimentului precum și gradul de avariere;
- alte acte: procese verbale de recepție, facturi, documente de transport etc.

6.17. Valoarea totală a despăgubirii nu va depăși limita maximă a răspunderii stabilită în Contract, indiferent dacă paguba înregistrată este totală sau parțială. În situația în care evenimentul asigurat a produs atât pagube materiale, cât și vătămarea de persoane, prioritară va fi despăgubirea persoanelor vătămăte, în timp ce despăgubirea pagubelor materiale se va efectua până la limita maximă a răspunderii.

6.18. În cazul vătămărilor corporale despăgubirile reprezintă, în limita răspunderii asumate de **asigurător**, cheltuielile necesare restabilirii sau ameliorării stării de sănătate, neacoperite de sistemele de asigurare socială, efectuate de persoana prejudiciată, precum și pierderile de venit net suferite de persoana respectivă pe perioada de la producerea accidentului până la refacerea capacității de muncă.

6.19. În cazul decesului despăgubirile vor acoperi, în limita răspunderii asumate de **asigurător**:

- a) cheltuielile de înmormântare, pe baza înscrisurilor doveditoare;
- b) cheltuielile de transport, justificate cu acte, din localitatea unde a avut loc decesul până la localitatea în care se face înmormântarea;
- c) veniturile nete nerealizate și eventualele alte cheltuieli făcute (dacă au fost cauzate de accident) în perioada de la data producerii evenimentului asigurat până la data decesului;
- d) prestații bănești periodice (pensii de întreținere) celor îndreptățiți, potrivit legii.

6.20. Dacă se stabilește, printr-o hotărâre judecătorească rămasă definitivă, ca despăgubirea să fie achitată sub formă de prestații bănești periodice (pensii de întreținere), **asigurătorul** va plăti suma stabilită în aceste Condiții. Dacă ulterior intrării în vigoare a obligațiilor de plată ale **asigurătorului** și până la epuizarea sumei asigurate starea persoanei vătămăte s-a îmbunătățit, iar cuantumul despăgubirii inițiale nu se mai justifică, **asigurătorul** poate, fie să reducă despăgubirea, fie să înceteze a o plăti.

ASIGURAREA DOCUMENTELOR

6.21. Asiguratul are obligația de a notifica autoritățile locale în maxim 24 ore de la data producerii (constatării) evenimentului.

ALTE PREVEDERI

6.22. Pentru oricare dintre riscurile asigurate produse, **asigurătorul** poate solicita orice alte documente pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al despăgubirii.

6.23. Dacă solicitarea Indemnizației de asigurare este frauduloasă sau în mod evident exagerată, ori contractul are la bază declarații false, **asigurătorul** are dreptul să rezilieze Contractul de asigurare și să refuze plata Indemnizației de asigurare.

6.24. Începerea procedurii de stabilire și evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a Indemnizației de asigurare.

6.25. În cazul plății indemnizației de asigurare către **asigurat** sau **beneficiarii** lui, aceasta se va face în LEI, la cursul de schimb BNR al zilei în care s-a emis chitanța/nota de plată, după cel mult 15 zile de la data depunerii ultimului document solicitat de **asigurător** sau de către compania de asistență medicală sau **asigurat**, după caz.

7. EXCLUDERI

7.1 Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare pentru cheltuieli ocazionate de:

În cazul ASIGURĂRII MEDICALE și a ASIGURĂRII DE ACCIDENTE DE PERSOANE

a) orice condiție pre-existentă cu excepția unui prim serviciu organizat exclusiv de compania de asistență medicală pentru măsuri de urgență medicală, salvarea vieții **asiguratului** sau calmarea durerilor acute în limita sumei de 500 euro. În cazul în care **asiguratul** se află în imposibilitatea apelării companiei de asistență, iar riscul asigurat se produce din cauza unei condiții pre-existente, se va plăti o indemnizație de maximum 500 euro, pe baza documentelor justificative prezentate **asigurătorului** la întoarcerea în țară. Pentru **asigurații** cu vârsta mai mare de 75 ani, condițiile pre-existente nu vor fi acoperite de prezenta asigurare.

b) consultația, investigația medicală, tratamentul determinat de boli sau accidente care sunt în legătură directă sau indirectă, total sau parțial cu:

- evenimente de război de orice fel (declarat sau nu), revolte, rebeliuni, revoluții, acte de terorism, evenimente militare, tulburări civile;
- acte de violență petrecute cu prilejul unei adunări publice/demonstrații sau orice acțiuni întreprinse pentru a preveni, controla sau suprima unul dintre evenimentele enumerate mai sus;

c) îmbolnăvirea /accidentarea produsă ca urmare a participării **asiguratului** la:

- orice tip de sport de sezon, cu excepția cazului în care **contractantul** a optat pentru Asigurarea suplimentară "Sporturi de sezon"
- sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, parașutismul, planorismul, zborul cu parapanta, acrobația, cascadoria, deltaplanorism, bungee-jumping, scufundări libere la adâncime mai mare de 30 m sau sub strat de gheață, speologie, bobsleigh, sanie, off-road. Enumerarea de mai sus nu este limitativă și nici exhaustivă;

d) asistența medicală acordată în cazul comiterii sau încercării de a comite, cu intenție, de către **asigurat** a unor acțiuni violente sau pedepsite de legea penală în țara în care a avut loc evenimentul;

e) asistența medicală acordată în cazul îmbolnăvirilor și/sau accidentelor ca urmare a consumului de alcool, droguri, medicamente nerecomandate de medic;

f) sinucidere, asistență medicală în cazul tentativei de sinucidere, vătămărilor sau îmbolnăvirilor produse prin acțiunea proprie a **asiguratului**;

g) îndepărtarea defectelor fizice (tratamente cosmetice, operații estetice etc.) și a anomaliilor congenitale;

h) consultația, investigația medicală, tratamentul pentru orice afecțiune psihiatrică, psihoterapeutică sau neurologică;

i) recuperare, convalescență și fizioterapie;

j) asistența medicală pentru graviditate, naștere, avortul (inclusiv avort terapeutic), întreruperea voluntară a sarcinii, examinarea și tratamentul împotriva sterilității, precum și fecundarea artificială. Se vor plăti numai cheltuielile medicale de urgență în scopul salvării vieții mamei și/sau copilului, în limita maximă de 500 euro numai dacă primul serviciu este organizat exclusiv de compania de asistență medicală;

k) tratarea bolilor cu transmitere sexuală, a infecției cu HIV, SIDA și consecințele acestora;

l) asistența medicală acordată de rudele **asiguratului**;

m) asistența medicală acordată de homeopați, medici naturiști, proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;

n) transplantul de organe;

o) achiziționarea/repararea de: ochelari, lentile de contact, proteze auditive, proteze dentare, proteze ale membrelor, scaune/cărucioare invalizi;

p) vaccinări și complicațiile acestora;

q) controalele medicale de rutină;

r) asistența medicală acordată **asiguratului** în cazul infestării radioactive ca urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear sau explozie atomică;

s) asistența medicală datorată unei epidemii sau pandemii recunoscută oficial în țară/țările în care călătorește **asiguratul**;

t) călătoriile în scopul obținerii unor tratamente, îngrijiri, intervenții chirurgicale - considerate cereri abuzive;

u) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei;

v) refuzul **asiguratului** de a urma recomandarea medicului de repatriere medicală;

w) zborul în calitate de pasager, pilot sau membru al echipajului unui aparat de zbor, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane;

x) vizita într-o țară în care există o situație de forță majoră;

y) orice eveniment asigurat produs pe teritoriul României, țării de cetățenie sau reședință excepție cele pentru care este acoperit și le-a achiziționat prin Asigurări suplimentare;

7.2. Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare, în cazul refuzului **asiguratului** de a respecta instrucțiunile echipei medicale, acest lucru ducând la pierderea dreptului la serviciile garantate prin polița de asigurare și implicit pierderea drepturilor sale în calitate de **asigurat**.

7.3. Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare în cazul în care **asiguratul** a necesitat asistență medicală ca urmare a:

a) desfășurării unor activități cu caracter militar în străinătate;

b) oricărui activități sportive neacoperite prin prezenta asigurare cu excepția cazurilor în care acest lucru a fost specificat expres în Polița sau în Certificatul de asigurare și cu condiția plății unei Prime suplimentare.

ASIGURAREA DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

7.5. Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare în cadrul Asigurării de răspundere civilă legală individuală pentru:

- Răspunderea **asiguratului** față de terți care se declanșează ca urmare sau în legătură cu un act deliberat sau criminal;

- Răspunderea pentru daune provocate terților de membrii familiei **asiguratului**, rude de până la gradul IV ale acestuia, prepuși sau salariați ai acestuia;

- Răspunderea pentru daune provocate de **asigurat** membrilor familiei sale, rudelor de până la gradul IV, prepușilor sau salariaților săi;

- Răspunderea pentru daune provocate terților de animale ale **asiguratului**;

- Prejudicii de care răspunde **asiguratul** în legătură cu:

a) Orice autovehicul sau vehicul (inclusiv remorca trasă de acesta), înmatriculat, înmatriculabil sau neînmatriculabil,

b) Orice utilaj de construcții sau utilaj agricol,

c) Orice ambarcațiune, navă, hidroglisor sau alte instalații/echipamente plutitoare,

d) Orice aeronavă, planor, avion sau alte mijloace similare indiferent dacă **asiguratul** este proprietar, l-a închiriat, împrumutat, utilizat, condus sau pilotat.

- Răspunderea pentru daune cauzate terților rezultând din organizarea, pregătirea sau participarea la o competiție organizată de o federație sportivă, indiferent dacă aceasta este sau nu autorizată și asigurată sub efectul legii;

- Răspunderea pentru daune provocate terților în cursul desfășurării de activități profesionale sau în cursul participării la o activitate organizată de o asociație profesională, instituție sau colectivitate;

- Răspunderea civilă profesională și/sau contractuală;

- Răspunderea civilă ce ar putea surveni urmare a unui incendiu, explozii sau a unei deversări/revărsări de ape;

- Amenziile contravenționale, penale sau de orice altă natură;

- Orice situație care este o consecință a răspunderii pe care **asiguratul** o are ca rezultat al unei înțelegeri făcute de către acesta cu persoana prejudiciată, răspundere care nu s-ar aplica în cazul absenței înțelegerii respective;

- Răspunderea pentru prejudicii apărute ca urmare a infestării cu și/sau răspândirii oricărui boli contagioase;

- Răspunderea pentru daune produse terților sub influența consumului de alcool, al substanțelor ilegale sau substanțelor narcotice sau medicamentelor care nu au fost prescrise, în prealabil, de vreo autoritate medicală;

- Răspunderea pentru prejudicii apărute ca urmare a desfășurării de competiții și/sau competiții sportive/sporturi extreme precum, automobilism, motociclism și/sau alpinism, box, polo, parașutism, deltaplanorism și/sau scufundări subacvatice, folosind un aparat de respirație;

- Orice răspundere de natură contractuală sau în legătură cu orice Contract;

- Răspunderea pentru daune apărute ca urmare a participării **asiguratului** la demonstrații de stradă, tulburări civile, greve, manifestații ilegale sau acte de terorism.

- Răspunderea pentru daune produse terților ca rezultat al:

- deținerii sau utilizării unui avion, unor vehicule tractate de cai sau mecanice/motorizate, biciclete, vase maritime (altele decât bărci cu rame, pontoane sau canoe), animale sau arme de foc;

- ocupării (exceptând situația temporară în scopul călătoriei) sau deținerii în proprietate de teren sau clădiri;

- desfășurării unei activități comerciale, exercitării unei profesii, prestării unei munci manuale sau a unei ocupații întâmplătoare;

- Răspunderea în calitate de angajator sau sub incidența oricărui alt contract sau oricărei polițe de asigurare;

- Răspunderea pentru daune morale;

- Pierderi financiare de consecință (indirecte);

- Pierderi financiare pure;

- Amenzi și/sau penalități de orice tip, inclusiv despăgubiri cu caracter punitiv.

ASIGURAREA DOCUMENTELOR

7.6. Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare în cadrul Asigurării documentelor pentru:

a) producerea riscului asigurat cu intenție sau înșelăciune din partea **asiguratului** și/sau din partea unui apropiat al său (soț/soție, părinți, bunici, copii);

b) orice alt document care nu este menționat la art. 2.1.7;

- c) documentele lăsate în custodia unei persoane care nu are o responsabilitate oficială în a păstra proprietatea **asiguratului**;
- d) documentele furate dintr-un vehicul nesupravegheat, când nu există o dovadă concludentă a unei intrări cu forță și într-un mod violent în vehicul (furt fără efracție) cu excepția situației în care documentele au fost încuiate în torpedo-ul sau în portbagajul vehiculului, acestea nefiind vizibile din exteriorul vehiculului;
- e) cazurile în care **asiguratul** nu solicită un raport scris din partea autorităților locale în max. 24 ore de la constatarea pierderii sau furtului de documente;
- f) cheltuielile suplimentare efectuate de **asigurat** din cauza producerii riscului asigurat (ex. bilet de avion, cheltuieli de cazare etc.)

8. RESPONSABILITĂȚILE CONTRACTANTULUI ȘI ALE ASIGURATULUI

- 8.1. Asiguratul** este obligat să anunțe **asigurătorul** la producerea riscului asigurat conform art. 6.1.
- 8.2. Asiguratul** este obligat să furnizeze **asigurătorului** toate datele și documentele necesare stabilirii cuantumului Indemnizației de asigurare/despăgubirii. **Asiguratul** va trebui să dovedească în mod expres data reală de începere a călătoriei.
- 8.3.** Prin prezentele Condiții, **asiguratul** împuternicește **asigurătorul** să obțină de la medicii curanți datele privind istoricul medical, starea de sănătate și tratamentul aplicat, dezlegându-i de secretul profesional.
- 8.4. Asiguratul**, rudele sale, reprezentanții legali, trebuie să consimtă la examinarea medicală a **asiguratului** de către medicii agreați de **asigurător**.
- 8.5. Asiguratul** trebuie să se informeze despre vaccinurile obligatorii pentru zona în care urmează să călătorească, precum și cele recomandate ca necesare de autoritățile locale și să le efectueze.
- 8.6.** În cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 8.1-8.5, **asigurătorul** poate să refuze plata Indemnizației de asigurare dacă nu a putut stabili cauza producerii riscului asigurat și/ sau întinderea pagubei.
- 8.7. Contractantul** se obligă să comunice tuturor membrilor grupului asigurat, prevederile Contractului de asigurare de grup și prevederile Condițiilor contractuale generale și ale Condițiilor contractuale specifice aferente fiecărei Asigurări și ale oricăror alte prevederi agreeate între părți pe toată durata Contractului de asigurare de grup.

RESPONSABILITĂȚILE CONTRACTANTULUI ȘI ALE ASIGURATULUI în cazul ASIGURĂRII DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

- 8.8.** Să ia toate măsurile necesare pentru a preveni producerea pagubelor, precum și pentru limitarea acestora, în conformitate cu prevederile legale.
- 8.9.** În cazul producerii evenimentului asigurat, **asiguratul** trebuie să comunice **asigurătorului** dacă există și alte polițe de asigurare care acoperă aceeași răspundere, la asigurători diferiți. **Asiguratul** trebuie să declare numele celorlalți asigurători, fiecare **asigurător** fiind obligat la plată proporțional cu limita de răspundere/suma asigurată și până la concurența acesteia, fără ca **asiguratul** să poată încasa o despăgubire mai mare decât prejudiciul efectiv, consecință directă a riscului acoperit.
- 8.10.** La producerea riscului să ia, în cadrul limitei la care s-a făcut Asigurarea, potrivit cu împrejurările, măsuri pentru limitarea pagubelor.
- 8.11.** Să înștiințeze imediat, în cazul producerii unor evenimente asigurate, după caz, autoritățile competente, poliția, pompierii, organele medicale, etc. solicitând acestora întocmirea de acte cu privire la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat.
- 8.12.** Să conserve locul producerii evenimentului, să păstreze părțile afectate și să le pună la dispoziția reprezentanților sau experților **asigurătorului** pentru constatare.
- 8.13.** Să furnizeze toate informațiile, datele, istoricul, actele și documentele solicitate de **asigurător** și să permită acestuia să facă investigații referitoare la cauza și mărimea pagubei.
- 8.14.** Să comunice **asigurătorului**, în scris, pretențiile formulate de cei păgubiți și să depună orice acte primite în legătură cu producerea evenimentului asigurat.
- 8.15.** Să nu facă nicio ofertă, promisiune sau plată, fără acordul scris al **asigurătorului**, în caz contrar acestea nefiind opozabile **asigurătorului**.
- 8.16.** Să se aplece în proces ținând seama și de eventualele recomandări ale **asigurătorului**, inclusiv în ceea ce privește angajarea unui apărător atât în primă instanță cât și în căile de atac. **Asigurătorul**, pentru o mai bună apărare a intereselor **asiguratului**, poate folosi și calea intervenției, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.
- 8.17. Asiguratul** este obligat să conserve dreptul de regres al **asigurătorului** împotriva celor vinovați de producerea daunei.
- 8.18.** Dacă din cauza nerespectării de către **asigurat** a obligațiilor de mai sus (8.8-8.17), **asigurătorul** nu a putut determina cauzele care au generat evenimentul asigurat sau cuantumul despăgubirii, aceasta are dreptul de a refuza plata despăgubirii.
- 8.19.** Să nu renunțe la niciun drept și la nicio prescripție pe care o poate invoca în favoarea sa în raporturile cu terții prejudiciați.

9. MODIFICĂRI

Solicitarea de modificare a Contractului de asigurare se poate efectua în perioada de valabilitate a acestuia, prin transmiterea de către **asigurat/contractant** a cererii de modificare care constă în:

- schimbarea numelui **contractantului/asiguratului**, în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești; Polița/Certificatul conținând modificările efectuate va fi transmisă **asiguratului/contractantului**, la solicitarea scrisă a acestuia, la adresa de corespondență;
- schimbarea adresei de corespondență, număr de telefon, adresa de mail a **contractantului/asiguratului**;

10. CORESPONDENȚA

10.1. Documentele ce au fost trimise **asigurătorului**, în vederea încheierii Contractului de asigurare sau ulterior intrării lui în vigoare, au valoare juridică numai dacă au fost prezentate în formă scrisă semnate și datate și au fost înregistrate de **asigurător**.

Toate solicitările **contractantului/asiguratului** sunt valabile începând cu data la care sunt înregistrate și acceptate de **asigurător**. Formularele tipizate trebuie completate în totalitate și semnate de reprezentantul legal sau împuternicitul **asiguratului/contractantului**, având aplicată ștampila firmei dacă este cazul.

10.2. Adresa de corespondență a **contractantului** și **asiguratului** trebuie să fie pe teritoriul României.

10.3. În cazul în care **asiguratul/contractantul** își va schimba adresa de corespondență fără a înștiința în scris **asigurătorul**, toată corespondența transmisă la ultima adresă comunicată de acesta va fi considerată valabilă și pe deplin opozabilă acestuia.

10.4. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că partea destinatară și-a schimbat adresa de notificare, fără să comunice acest lucru celeilalte părți, sau în cazul respingerii sau refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la adresa de corespondență și/sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau refuzul de a primi notificarea.

Orice altă modalitate de comunicare (fax, e-mail, etc.) se va lua în considerare numai în măsura în care primirea este confirmată de către cealaltă parte, respectiv de către destinatarul comunicării.

11. CHELTUIELI

11.1. Tarifele și comisioanele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de **contractant/asigurat**. Tarifele și comisioanele care se referă la plata Indemnizațiilor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de cei îndreptățiți să le primească (în absența unei dispoziții legale contrarii).

11.2. Taxele și tarifele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de **asigurător** în vederea încheierii/modificării Contractului de asigurare sau a plății Indemnizației de asigurare vor fi suportate de **contractant/asigurat/beneficiar**.

12. TERITORIALITATE

Asigurarea este valabilă conform solicitării **asiguratului/contractantului**, menționate în Polița/Certificatul de asigurare, astfel:

- în Europa inclusiv Federația Rusă, Turcia și teritoriile de pe alte continente ale țărilor europene sau
- întreaga lume inclusiv/fără S.U.A. și Canada,

exceptând granițele teritoriale ale României, ale țării de cetățenie sau țării de reședință a **asiguratului**.

În cazul achiziționării Pachetului A asigurarea este valabilă doar în Europa.

13. PREVEDERI FINALE

13.1. Condițiile acestei asigurări se completează cu dispozițiile legale în materie, în măsura în care nu sunt reglementate prin prezentul contract.

13.2. Neînțelegerile izvorâte din interpretarea și executarea Contractului de asigurare se vor soluționa pe cale amiabilă, iar în situația în care acest lucru nu mai este posibil, litigiul se va soluționa potrivit legislației în vigoare, de către instanțele de judecată competente în România.

13.3 LEGEA APLICABILĂ este legea română și Contractul de asigurare va fi guvernat de legislația din România.

13.4. Dacă este necesar pentru scopul și natura Contractului de asigurare, există posibilitatea ca părțile contractante să introducă, de comun acord, prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții de Asigurare, acestea trebuind să fie în acord cu legislația în vigoare.

13.5. În cazul constatării insolvenței **asigurătorului**, **asiguratul/beneficiarul** se poate adresa Fondului de garantare, conform prevederilor Legii nr. 213/2015.

13.6. Soluționarea petițiilor: În situația în care **asiguratul / beneficiarul** menționat în polița de asigurare este nemulțumit cu privire la modul de încheiere, executare sau încetare a contractului de asigurare, acesta poate formula o petiție în vederea soluționării amiabile a situației. Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:

· în scris, prin depunerea reclamației la sediul central sau în agențiile teritoriale ale **asigurătorului**;

· prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier ;

· prin fax sau telefonic, apelând Centrul de Relații Clienti Alo Groupama la numărul 0374 110 110 ;

· prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresa de e-mail sesizari.clienti@groupama.ro; Groupama Asigurari va răspunde cu privire la toate aspectele menționate în petiție în termen de cel mult 30 zile de la data înregistrării acesteia, printr-o adresă scrisă, comunicată pe adresa petentului.

Totodată, **asiguratul / beneficiarul** are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară.

Formularea unei petiții de către **asigurat / beneficiar** nu aduce atingere dreptului acestuia de a sesiza instanțele de judecată competente.

13.7. Soluționare alternativă a litigiilor. În cazul apariției unor eventuale dispute între părțile Contractului de asigurare, ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, **asiguratul/contractantul/beneficiarul** persoană fizică, în calitate de consumator, poate apela la soluționarea alternativă a litigiului în conformitate cu prevederile Regulamentului A.S.F. nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar non-bancar (SAL-FIN) și ale O.G. nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți.

Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, **asiguratul/contractantul/beneficiarul** trebuie să se adreseze către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>. Aceste demersuri nu îngrădesc dreptul **asiguratului/contractantului/beneficiarului** de a formula reclamații la adresa **asigurătorului** și de a se adresa instanțelor de judecată competente.

13.8. În cazul contractelor de asigurare încheiate online, Consumatorii au posibilitatea de a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor prin intermediul platformei europene de soluționare online a litigiilor (platforma SOL). Platforma SOL este un instrument digital creat de Comisia Europeană pentru a facilita soluționarea independentă, imparțială, transparentă, eficientă, rapidă și echitabilă, pe cale extrajudiciară, a litigiilor care privesc obligațiile contractuale rezultate din contractele de vânzare sau de prestare de servicii online dintre un consumator care își are reședința în Uniune și un comerciant stabilit în Uniune, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 524/2013 al Parlamentului European și al Consiliului din 21 mai 2013 privind soluționarea online a litigiilor în materie de consum și de modificare a Regulamentului (CE) nr. 2.006/2004 și a Directivei 2009/22/CE (Regulament privind SOL în materie de consum). Platforma SOL poate fi accesată la următoarea adresă: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show>.

13.9. În general, Groupama Asigurări SA prelucrează datele cu caracter personal furnizate direct de dvs. cu ocazia solicitării unei oferte de asigurare sau în vederea încheierii unui contract de asigurare. În același timp, în cadrul unor produse de asigurare contractate de alte persoane, Groupama Asigurări SA poate prelucra datele dvs. cu caracter personal (date de identificare, de contact, vârsta, etc.) furnizate de contractantul asigurării în cazul în care sunteți desemnat asigurător sau beneficiar al asigurării.

Prelucrarea datelor dvs. cu caracter personal este necesară pentru încheierea contractului de asigurare, în caz de refuz Groupama Asigurări neputând să încheie sau să execute contractul vizat.

Datele dvs. cu caracter personal sunt prelucrate în baza următoarelor temeuri juridice:

- în vederea încheierii și derulării contractului de asigurare, în special pentru a) evaluarea riscurilor și calculul primelor de asigurare, inclusiv prin crearea de profiluri, b) administrarea contractului, c) administrarea daunelor, d) comunicarea cu dvs. pe parcursul executării contractului și în caz de daună;
- în vederea îndeplinirii obligațiilor legale sau a cerințelor reglementare aplicabile Groupama Asigurări SA, cum ar fi a) îndeplinirea obligațiilor de prevenire și combatere a spălării banilor și a finanțării actelor de terorism sau de aplicare a sancțiunilor internaționale, b) soluționarea petițiilor, c) obligații de raportare, d) evidența documentelor operaționale și financiar-contabile;
- în vederea realizării unor interese legitime ale Groupama Asigurări SA, în special pentru a) prevenirea fraudelor și a plăților nejustificate în cadrul dosarelor de daună; b) reasigurare, c) investigarea nivelului de adecvare a produsului la piața țintă stabilită; d) analize statistice/actuariale; e) studii de cercetare; f) recuperarea creanțelor.

În situațiile de prelucrare automată, Groupama Asigurări SA garantează dreptul dvs. de a obține intervenție umană din partea Groupama Asigurări SA, de a vă exprima punctul de vedere și de a contesta decizia prin adresarea unei solicitări în acest sens pe adresa dpo@groupama.ro.

Datele cu caracter personal privind sănătatea (cum ar fi: date privind starea de sănătate fizică și psihică sau afecțiunile medicale declarate în chestionarele medicale și/sau care rezultă din analizele medicale efectuate la încheierea unui contract de asigurare, datele medicale colectate de la furnizorii de servicii medicale pentru decontarea serviciilor accesate de către asigurat, datele medicale colectate în procesul de despăgubire în cazul unui eveniment asigurat) sunt prelucrate, conform condițiilor de asigurare aplicabile, pentru: evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare, accesarea serviciilor medicale asigurate și decontarea acestora și determinarea cuantumului despăgubirii convenite. Temeiul legal al prelucrării acestor date îl reprezintă consimțământul dumneavoastră.

Groupama Asigurări SA poate transmite datele dvs. cu caracter personal în vederea îndeplinirii obligațiilor sale legale sau decurgând din executarea contractului de asigurare către următorii destinatari /categorii de destinatari: Autoritatea de Supraveghere Financiară, Oficiul Național de Prevenire și Combatere a Spălării Banilor, autoritatea judecătorească, organe de urmărire sau cercetare penală, institute naționale / servicii teritoriale de expertiză, alte autorități publice centrale sau locale, alți asigurători sau reasigurători, intermediari în asigurări/reasigurări, alte entități din grupul Groupama, consultanți sau prestatori de servicii, alte persoane sau instituții publice sau private, în cazul în care furnizarea datelor cu caracter personal este necesară pentru a da curs unei solicitări care are la bază un temei legal ori pentru îndeplinirea obiectului de activitate sau pentru respectarea obligațiilor decurgând din contractul de asigurare.

Transferul datelor personale către țări terțe

În cadrul executării contractului de asigurare încheiat cu dvs., Groupama Asigurări SA ar putea fi pusă în situația de a transfera datele dvs. personale către țări terțe (din afara Spațiului Economic European). În acest caz, Groupama Asigurări SA se va asigura fie că transferul se face către o țară care asigură un nivel adecvat de protecție, fie va lua garanții suplimentare adecvate de protecție a datelor dvs. personale, cum ar fi implementarea de clauze contractuale standard aprobate la nivel european sau reguli corporatiste obligatorii.

Pentru a obține mai multe informații despre garanțiile aplicabile în caz de transfer către o țară terță sau pentru a obține o copie a acestora, puteți transmite o cerere la sediul Groupama Asigurări SA din București.

Durata stocării datelor cu caracter personal

Datele dvs. cu caracter personal sunt stocate pe perioada necesară pentru a respecta diversele obligații legale sau reglementare. În cazul contractelor de asigurare, dosarele client sunt păstrate de regulă 10 ani de la expirarea poliței sau de la ultima operațiune pe dosarul respectiv (oricare dintre acestea intervine mai târziu), iar în cazul ofertelor neurmte de încheierea unui contract de asigurare datele sunt păstrate de regulă maxim 2 luni. La expirarea termenului de păstrare, datele vor fi șterse.

Drepturile dumneavoastră în calitate de persoană vizată

În calitate de persoană vizată, aveți următoarele drepturi:

- de acces – puteți obține informații în legătură cu prelucrarea datelor dvs. cu caracter personal, precum și o copie a acestora;
- la rectificare – puteți solicita completarea sau actualizarea datelor dvs. cu caracter personal în cazul în care sunt incomplete sau inexacte;
- de a fi uitat – în anumite situații, puteți solicita ștergerea datelor dvs. cu caracter personal;
- la restricționarea prelucrării – în anumite situații, puteți solicita prelucrarea condiționată a datelor cu caracter personal până la soluționarea anumitor operațiuni referitoare la datele dvs.;
- la opoziție – în situația prelucrării întemeiate pe realizarea unor interese legitime, vă puteți opune motivat unei astfel de prelucrări;
- la portabilitatea datelor – puteți solicita transmiterea datelor cu caracter personal furnizate de dvs. și prelucrate prin mijloace automate într-un format structurat, care poate fi citit automat.

Fiecare drept dintre cele de mai sus se poate exercita prin trimiterea unei cereri scrise, semnate și datate, la sediul Groupama Asigurări SA din București.

În situația în care considerați că drepturile dvs. nu sunt respectate, vă puteți adresa responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal la adresa de mai sus sau puteți depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal (ANSPDCP).

Datele de identificare și de contact ale Operatorului

Groupama Asigurări SA, cu sediul social în București, strada Mihai Eminescu, nr. 45, sector 1, CUI 6291812, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/2857/2010, e-mail: office@groupama.ro, tel: 021/305 80 00, fax: 021/310 99 67.

Responsabilul cu protecția datelor poate fi contactat la adresa de e-mail: dpo@groupama.ro.

13.10. Asigurătorul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o sancțiune, o interdicție sau o restricție prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite și/sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.

13.11. CLAUZE NEUZUALE: Sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către **asigurat/contractant** prin semnarea Poliței de asigurare următoarele articole: 2.1.1 litera c) teza finală, art. 2.1.2 paragraful final, art. 2.1.5.4, art. 2.1.6 alin. final, art. 4.5., art. 6.2., art. 6.4., art. 7 integral (7.1. – 7.6.), art. 8.6., art.8.18., art. 13.3., art. 13.9. din prezentele Condiții Generale de Asigurare.