

Prezentele condiții fac parte integrantă din contractul de asigurare pentru care s-a emis polița

Seria nr. din data de / /

CONDIȚII DE ASIGURARE
FACULTATIVĂ PENTRU CAZURILE DE INVALIDITATE TEMPORARĂ DIN BOALĂ – AROMED FORTE

I. DEFINIȚII

§ 1. În tot cuprinsul prezentelor condiții, termenii de mai jos vor avea următoarea semnificație :

- a) **Asigurător:** Societatea Comercială Asigurarea Românească - ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A. - denumită în continuare **ASIROM**.
- b) **Contractant:** Orice persoană care încheie asigurarea cu respectarea prevederilor legale referitoare la capacitatea de a încheia contracte și care se obligă față de asigurător să plătească primele de asigurare. Contractant al asigurării poate fi asiguratul însuși dacă are vârsta de minim 18 ani. Pentru asigurații cu vârsta sub 18 ani contractul poate fi încheiat, în numele acestora, de către reprezentanții lor legali (părintele / tutorele acestora).
- c) **Asigurat:** Orice persoană în vârstă de la 16 la 73 de ani dar care la expirarea asigurării să nu depășească vârsta de 74 de ani și care este cetățean român cu domiciliul în România ori cetățean străin sau apatrid care are reședința în România sau membru al misiunilor diplomatice acreditate în România.
- d) **Coasigurat:** Fiul sau fiica asiguratului, în vârstă de peste 1 an și/sau soțul/soția ori părintele acestuia, în vârstă de până la 73 de ani dar care să nu depășească la expirarea asigurării vârsta de 74 de ani și care sunt în întreținerea asiguratului.
- e) **Invaliditate temporară:** Pierderea sau reducerea temporară a potențialului fizic, psiho-senzorial ori intelectual stabilită în baza criteriilor medicale de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a acestuia, aplicabile în cadrul asigurărilor sociale de sănătate și care este **datorată unei boli ce necesită asistență medicală curativă prin spitalizare**, cu excepția excluderilor prevăzute în prezenta condiție.
- f) **Boală:** Stare de dezechilibru sau disfuncție a echilibrului normal al organismului ce a fost diagnosticată de un medic pentru prima dată după data de intrare în vigoare a asigurării ori ale cărei simptome inițiale au apărut pe perioada de valabilitate a asigurării.
- g) **Boală preexistentă:** Orice boală sau complicații ale acesteia , care a fost deja diagnosticată, tratată sau depistată în urma unui consult medical, ori ale cărei simptome și /sau semne provin anterior datei de intrare în vigoare a asigurării.
- h) **Boală profesională:** Orice boală apărută datorită specificului profesiei ori a meseriei asiguratului și/sau a mediului în care este exercitată aceasta.
- i) **Spitalizare:** Internarea asiguratului într-un spital conform diagnosticului, atunci când în urma examinării pacientului prezentat la spital se constată o stare de boală pentru care diagnosticul nu a putut fi constatat în condițiile ambulatoriului de specialitate (sau dacă tratamentul în acesta nu a fost eficace) și este necesar tratament sub supraveghere medicală continuă și neîntreruptă pe durata mai multor zile sau în alte situații justificate din punct de vedere medical.
- j) **Spital:** Unitate sanitară, publică sau privată, dotată cu paturi, cu personalitate juridică, care asigură servicii medicale de specialitate prin personal medical acreditat și care îndeplinește condițiile de autorizare sanitară, de acreditare, de funcționare și de competență prevăzute de lege.
- k) **Zi de spitalizare:** Intervalul de timp în care pacientul este internat în spital, începând de la miezul nopții, pentru cel puțin 24 de ore consecutive și în care i se acordă, în mod neîntrerupt asistență medicală curativă.
- l) **Personal medical:** Medicii și personalul sanitar acreditat potrivit legii.
- m) **Asistență medicală:** Consultații, investigații pentru stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, precum și îngrijire medicală.
- n) **Asistență ambulatorie:** Asistență medicală de specialitate ce se realizează în continuarea spitalizării de către medici specialiști acreditați, în cabinete medicale autorizate și /sau acreditate potrivit legii, **dacă**

- necesitatea tratamentului postcură a fost menționată în biletul de externare.**
- o) **Tratament post cură:** Tratament și supraveghere medicală activă, consultații de control ori investigații paraclinice efectuate ca urmare a externării din spital.
- p) **Indemnizație zilnică:** Sumă fixă plătită pentru fiecare zi de spitalizare, după perioada de așteptare, în conformitate cu prezentele condiții și cu limitările și excluderile prevăzute de acestea.
- q) **Indemnizație pentru asistență ambulatorie:** Sumă fixă calculată, în funcție de numărul de zile de asistență ambulatorie, ca multiplu al indemnizației zilnice de spitalizare și care va fi plătită dintr-o dată, adițional la suma stabilită pentru spitalizare.
- r) **Perioadă de așteptare:** Numărul de zile de spitalizare pentru care nu se plătește indemnizația zilnică în cadrul fiecărei perioade de spitalizare luată separat.
- s) **Accident:** **Următoarele evenimente subite, provenite din afară, fără voința persoanei asigurate :** cele întâmplătoare în timpul funcționării sau folosirii mașinilor, aparatelor, mecanismelor, armelor sau a oricăror instrumente sau scule, explozia, arsura, degerarea, înghețul, înecul, acțiunea curentului electric, trăsnetul, insolația, lovirea, inclusiv înțeparea, tăierea și altele asemenea, atacul din partea altei persoane sau a unui animal, alunecarea, prăbușirea de teren, căderea vreunui obiect sau a asiguratului, asfixierea din cauze subite, intoxicarea subită, precum și cele întâmplătoare ca urmare a circulației mijloacelor de transport sau din cauza accidentelor întâmplătoare acestora.
- t) **Deces :** Încetarea din viață a persoanei asigurate, în perioada de valabilitate a poliței.
- u) **Perioadă de excludere:** Numărul de zile calculat începând de la data efectivă de început a asigurării în care orice boală apărută și spitalizată (în acest interval) nu este acoperită prin asigurare
- v) **Indexare:** Operațiune financiară prin care se permite creșterea primelor de asigurare în vederea majorării indemnizației asigurate.
- w) **Cerere de asigurare:** Documentul prin care persoana care încheie asigurarea este obligată să răspundă, în scris, cu bună credință, la toate întrebările formulate de asigurător și de asemenea să declare, la data încheierii contractului, orice informații sau împrejurări pe care le cunoaște și care sunt esențiale pentru evaluarea riscului .
Dacă împrejurările esențiale privind riscul se modifică în cursul executării contractului, asiguratul este obligat să comunice în scris asigurătorului modificarea survenită, în termen de 15 zile de la data acesteia. Aceași obligație revine și contractantului asigurării care a luat cunoștință de modificarea survenită.
- x) **Poliță de asigurare:** Înscrisul probator al încheierii contractului de asigurare emis și semnat de asigurător.
- z) **Contract de asigurare:** Polița de asigurare împreună cu condițiile de asigurare, cererea de asigurare, precum și orice alte acte adiționale la contract.

II. OBIECTUL ASIGURĂRII ȘI MODUL DE ÎNCHEIERE A CONTRACTULUI

§2. ASIROM încheie contracte de asigurare pentru cazurile de invaliditate temporară ca urmare a unei boli cu persoane fizice sau juridice care au domiciliul sau reședința în România, respectiv sediul permanent în România .

§3.(1) Prin contract se asigură facultativ invaliditatea temporară din boală pe perioada:

a) spitalizării;

b) spitalizării și asistenței ambulatorii, dacă aceasta este recomandată la externarea din spital.

(2) Asigurarea poate fi încheiată, la cerere, pentru una din variantele de la alin.(1).

§4.(1) Contractul de asigurare se încheie în baza declarației de asigurare completată și semnată pe formular ASIROM, în care persoana care urmează să fie asigurată are obligația să dea toate informațiile referitoare la riscul asigurat și implicit să renunțe la confidențialitate în legătură cu starea de sănătate.

(2) Asigurarea unui risc privind o altă persoană decât cea care a încheiat contractul de asigurare este valabilă numai dacă a fost consimțit în scris de acea persoană.

(3) Persoanele care doresc să încheie asigurări înaintează la ASIROM cereri de asigurare, completate și semnate, pe formulare ASIROM, însoțite și de o copie a actului de identitate /certificatului de înregistrare.

(4) Dacă, pe parcursul contractului de asigurare se schimbă domiciliul contractantului/asiguratului ori beneficiarului sau locul de muncă ori profesia asiguratului aceștia au obligația de a înștiința ASIROM, în scris, despre modificările produse în termen de 15 zile de la data schimbării, în caz contrar ASIROM nu poartă răspundere pentru situații ivite și datorate lipsei acestor notificări.

(5) În cazurile prevăzute la alin.(4) dacă înainte de producerea riscului asigurat, ASIROM nu a fost înștiințat, iar modificările respective au drept consecință schimbarea împrejurărilor esențiale privind riscul, se aplică prevederile, respectiv §21, lit. b.

§5.(1) Contractul de asigurare se consideră încheiat prin emiterea și semnarea de către ASIROM a poliței de asigurare și el nu poate fi probat cu martori, chiar atunci când există început de dovadă scrisă.

(2) De asemenea, se consideră asigurare încheiată în continuarea celei expirate o asigurare încheiată înainte de termenul de expirare al asigurării anterioare.

(3) În cazul pierderii poliței de asigurare, ASIROM eliberează, la cerere, în locul poliței de asigurare pierdute, un duplicat, iar polița originală se consideră nulă. În astfel de situații se percepe o taxă de duplicat stabilită de ASIROM.

§6.(1) Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către asigurat ori de contractantul asigurării cu privire la împrejurări (în special cu privire la vârsta, la starea de sănătate ori la starea de invaliditate a asiguratului sau profesia sa), care dacă ar fi fost cunoscute de către asigurător l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în

aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu au avut influență asupra producerii riscului asigurat. În acest caz primele plătite rămân dobândite de ASIROM, care, poate cere și plata primelor cuvenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

(2) Declarația inexactă sau reticența din partea asiguratului ori a contractantului asigurării a cărei rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea contractului. În această situație la constatarea declarației inexacte sau reticenței ASIROM are dreptul:

a) dacă constatarea s-a făcut anterior producerii riscului asigurat, fie să mențină contractul de asigurare solicitând majorarea primei de asigurare, fie de a rezilia contractul la împlinirea unui termen de 10 zile calculate de la data notificării primite de asigurat, restituindu-i acestuia din urmă primele plătite anterior aferente perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează după data constatării;

b) dacă constatarea s-a făcut ulterior producerii riscului asigurat, să reducă suma asigurată în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

§7.(1) Contractul de asigurare se desființează de drept în cazul în care, înainte ca obligația ASIROM să înceapă a produce efecte, riscul asigurat s-a produs ori producerea acestuia a devenit imposibilă, precum și dacă, după ce obligația menționată a început să producă efecte, intervenirea riscului asigurat a devenit imposibilă. În acest caz dacă asiguratul sau contractantul asigurării a plătit, fie și parțial, prima de asigurare, ASIROM va restitui partea din aceasta proporțională cu perioada neexpirată a contractului de asigurare.

(2) Diferența dintre prima plătită și cea calculată conform alin.(1) se restituie asiguratului sau contractantului asigurării numai în cazurile în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a asigurării.

(3) Contractul de asigurare poate fi denunțat de către una din părțile contractante și aceasta se poate efectua numai cu notificarea prealabilă, în scris, a celeilalte părți care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare. Denunțarea contractului de asigurare poate produce efecte numai pentru viitor nu și pe trecut, ASIROM având în acest caz doar obligația de restitui contractantului asigurării partea din prima de asigurare proporțională cu perioada neexpirată a contractului de asigurare, dar numai în cazurile în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a asigurării.

§8. Având în vedere natura riscului asigurat contractul de asigurare nu poate fi răscumpărat și ca urmare **suma de răscumpărare este zero.**

§9. Printr-un contract de asigurare (poliță) se asigură o singură persoană.

§10.(1) La cerere pot fi cuprinși în asigurare, printr-unul și același contract și membrii familiei asiguratului care au calitatea de coasigurați, cu condiția plății primelor de asigurare corespunzătoare. În acest caz se va completa câte o declarație de asigurare pentru fiecare persoană separat.

(2) Când contractantul asigurării este o persoană juridică, aceasta are obligația de a completa pe formular ASIROM, un tabel cuprinzând toți salariații pentru care se solicită încheierea asigurării, la care se vor anexa declarațiile de asigurare pentru fiecare persoană în parte.

III. RĂSPUNDEREA ASIROM ȘI VALABILITATEA ASIGURĂRII

§11.(1) Asigurarea se încheie, de regulă, pe durata de un an și se reînnoiește anual. La solicitarea persoanei care solicită asigurarea, polița se poate încheia și pe multiplul acestei durate dar cel mult însă 5 ani.

(2) Durata asigurării, durata plății primelor și perioadele de timp- zile, luni, trimestre, semestre, ani - de asigurare se socotesc de la **data efectivă de început a asigurării care poate fi cel mai devreme după 48 de ore de la ora 24 a zilei în care s-a plătit prima de asigurare (prima rată de primă) și s-a emis polița de asigurare.**

(3) Răspunderea ASIROM la contractele încheiate începe potrivit alin.(1), dar nu mai devreme de trecerea unei **perioade de excludere de 30 de zile de la data de început a asigurării.**

§12.La asigurările care se încheie pe perioade mai mari de 1 an sau care se reînnoiesc, răspunderea ASIROM continuă fără întrerupere și fără a mai fi necesară trecerea perioadei de excludere menționată la §11, alin. (3), dacă primele se plătesc înainte de expirarea anului/asigurării în curs.

§13. Asigurarea este valabilă numai în caz de invaliditate temporară din boală pentru care a fost necesară spitalizarea și numai dacă aceasta a fost efectuată pe teritoriul României.

IV. PRIMELE DE ASIGURARE CUANTUMUL ȘI TERMENELE DE PLATĂ ALE ACESTORA

§14.(1) Primele de asigurare se plătesc, de regulă, integral, anticipat, iar cuantumul acestora se stabilește în baza tarifului de prime anuale din anexa la prezentele condiții, în raport cu indemnizația zilnică de plată pentru spitalizare, vârsta asiguratului (coasiguratului) la începutul fiecărui an de asigurare și durata asigurării.

(2) La polițele încheiate pentru multipli durate de 1 an primele de asigurare se stabilesc prin însumarea primelor corespunzătoare fiecărui an de asigurare.

§15. La cererea asiguratului, primele de asigurare anuale pot fi achitate și în 4 rate egale trimestriale, prima rată se va plăti la încheierea poliței.

§16. La stabilirea vârstei asiguratului (coasiguratului) în scopul calculării primei de asigurare - nu și a vârstelor limită prevăzute la §1, lit.c și d - fracțiile de ani sub 6 luni se neglijează, iar cele mai mari de 6 luni se socotesc an întreg.

§17. La asigurările care se încheie cu avizul medicului desemnat de ASIROM, ținând seama de starea sănătății se poate accepta încheierea contractului de asigurare cu o primă corespunzătoare unei vârste mai mari decât cea reală.

§18. Prima de asigurare se plătește în cuantumul și la termenele stabilite în polița de asigurare, în caz contrar răspunderea ASIROM încetează de drept, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară și fără restituirea ratelor de primă de asigurare plătite.

§19. Obligația plății primei de asigurare revine persoanei cu care s-a încheiat contractul de asigurare, ASIROM nefiind obligat să-i reamintească scadența de plată a primei și nici să încaseze prima la domiciliul/sediul sau locul de muncă al acesteia.

§ 20.(1) Primele de asigurare se plătesc unităților ASIROM la sediul acestora sau celor mandatați în acest scop de ASIROM, în schimbul eliberării de chitanțe, pe formulare ASIROM, dată a plății considerându-se data eliberării chitanței.

(2) Primele de asigurare se pot plăti și prin virament bancar sau mandat poștal, dată a plății considerându-se ziua intrării sumelor în contul bancar al ASIROM, în acest caz cheltuielile suportate cu plata primelor fiind în sarcina contractantului.

(3) Dacă se dorește să se continue plata primelor la altă unitate ASIROM, în prealabil trebuie să se înștiințeze despre aceasta unitatea ASIROM unde s-au plătit ratele precedente de primă.

(4) Dovada plății primelor revine asiguratului/contractantului.

(5) ASIROM are dreptul de a compensa primele ce i se datorează până la sfârșitul anului de asigurare, în temeiul oricărui contract, cu orice sumă / indemnizație de asigurare convenită asiguratului sau beneficiarului.

(6) Contractantul asigurării / Asiguratul are obligația de a respecta modalitatea de plată și cuantumul primelor de asigurare în caz contrar aplicându-se prevederile §21, lit. b.

§ 21. Dacă se constată prime plătite în plus sau în minus:

a) Dacă se constată rate de prime plătite în plus, diferența dintre primele plătite și cele convenite, cu acordul contractantului/asiguratului, se trece în contul celor următoare sau se restituie acestuia.

b) Dacă se constată că polița a fost emisă cu o primă mai mică decât cea tarifară ori dacă ratele de prime de asigurare achitate au fost mai mici decât cele stabilite prin contractul de asigurare, suma asigurată se reduce corespunzător raportului dintre prima plătită și cea convenită recalculându-se totodată, în funcție de aceasta drepturile din asigurare.

c) Când se restituie primele încasate în plus se rețin cheltuielile de încasare.

§ 22. La asigurările ce se încheie cu plata primelor în rate, dacă se constată rate de primă anterioare neplătite, orice sumă încasată de la asigurat se consideră plătită în contul ratelor anterioare, în ordinea scadenței lor, cu aplicarea, dacă este cazul, a dispozițiilor privitoare la neplata primelor la termen și la reactivare.

§ 23. La asigurările încheiate cu plata primelor în rate, în caz de neplată la scadență a unei rate de primă, contractantul are dreptul să o plătească într-un **termen de păsuire de 15 zile** de la scadența de plată a acestora, situația contractului de asigurare rămânând neschimbată. După trecerea celor 15 zile răspunderea ASIROM încetează, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară și fără restituirea primelor plătite anterior, dar poate reîncepe (contractul se poate reactiva), însă numai pentru evenimente viitoare, de la ora 24 a zilei următoare celei în care s-a achitat rata (ratele) de primă restantă.

§24. În cazul rezilierii contractului de asigurare ASIROM restituie primele încasate în avans, diminuate cu cheltuielile suportate.

§25. Când se solicită contractarea de asigurări, simultan, pentru un număr mai mare de persoane, primele de asigurare se reduc potrivit tarifului de prime.

V. INDEMNIZAȚIILE ȘI CONDIȚIILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

§26.(1) Contractul de asigurare se încheie la alegerea asiguratului pentru o indemnizație zilnică de cel puțin 10 de lei, dar cel mult până la echivalentul în lei a 200 EURO.

(2) Pentru o indemnizație zilnică mai mare decât echivalentul în lei a 30 EURO, inclusiv, contractul de asigurare se încheie numai cu examinarea medicală a asiguratului (coasiguratului), iar persoanele care nu corespund Normelor medicale ale ASIROM nu sunt permise în asigurare.

§27. Indemnizația zilnică se plătește pentru numărul de zile cât asiguratul a fost spitalizat cu excepția unei perioade de așteptare de 3 zile de la începutul fiecărei spitalizări.

§28. În cazul în care după externare se impune continuarea tratamentului medical, la asigurările care au fost încheiate și pentru acest risc, ASIROM va plăti, dar numai pentru perioada cât se acordă asistență ambulatorie, o indemnizație sub formă de sumă fixă care va fi egală cu:

a) o indemnizație zilnică de spitalizare, pentru asistența ambulatorie acordată pe o perioadă de până la 14 zile;

b) trei indemnizații zilnice de spitalizare, pentru asistența ambulatorie acordată pe o perioadă cuprinsă între 15 - 20 de zile;

c) cinci indemnizații zilnice de spitalizare, pentru asistența ambulatorie acordată pe o perioadă cuprinsă între 21 - 29 de zile;

d) zece indemnizații zilnice de spitalizare, pentru asistența ambulatorie acordată pe o perioadă mai mare de 30 de zile.

§29. Durata maximă pentru care ASIROM plătește, pe parcursul unui an întreg de asigurare, indemnizația zilnică de spitalizare este **de 90 de zile**, în total, cumulat, indiferent de numărul de spitalizări, cu condiția ca spitalizarea să fie efectuată pe durata anului de asigurare.

§30. Dacă polița de asigurare a fost reînnoită, durata maximă pentru care ASIROM plătește indemnizația zilnică de spitalizare, pentru evenimente apărute pe parcursul ultimului an de asigurare din contractul anterior, este de 90 de zile, în total, cumulat, indiferent de numărul de spitalizări, chiar dacă spitalizarea continuă și pe perioada contractului de asigurare încheiat în continuarea celui expirat și reînnoit.

§31.(1) În baza contractului de asigurare cu primele achitate la zi, ASIROM plătește **drepturile din asigurare asiguratului/coasiguratului**.

(2)**Termenul pentru plata drepturilor din asigurare pentru cazul de invaliditate temporară din boală este de 20 de zile calendaristice de la data externării din spital, sau de la terminarea tratamentului medical din cadrul fiecărei spitalizări dar nu mai târziu de 50 de zile de la data externării**, în cazul asigurărilor încheiate și pentru asistență ambulatorie, asiguratul/coasiguratul (personal sau printr-un reprezentant al acestuia) având obligația de a comunica la ASIROM despre producerea riscului asigurat și de a depune cererea de plată, precum și documentele necesare, prevăzute la §33, respectiv actele medicale (bilet de externare, foaie de observație, adeverințe medicale, certificate medicale etc.) din care să rezulte și că invaliditatea temporară din boală s-a datorat eveniment produs în perioada de valabilitate a contractului, **în termen de 5 de zile calendaristice de la data externării, respectiv a terminării tratamentului medical ambulatoriu din cadrul fiecărei spitalizări, dar nu mai târziu de 35 de zile calendaristice de la data externării**.

§32. ASIROM are dreptul să rețină, din sumele de plată stabilite, primele de asigurare ce i se datorează până la sfârșitul anului de asigurare.

§33.(1) Pentru încasarea drepturilor din asigurare asiguratul/coasiguratul trebuie să prezinte o cerere, actele de identitate, polița de asigurare, ultima chitanță de plată a primelor, actele medicale și alte acte necesare solicitate de ASIROM.

(2) Actele medicale doveditoare ce vor fi prezentate de asigurați/coasigurați vor fi completate potrivit normelor legale în vigoare având toate datele înscrise vizibil și clar, fără modificări, ștersături sau adaosuri și vor purta toate semnăturile, parafele și ștampilele necesare, inclusiv, în mod obligatoriu, codul medicului.

(3) Orice document medical solicitat de ASIROM va fi depus în original, pe cheltuiela asiguratului.

(4) Stabilirea drepturilor și încasarea acestora se face după depunerea de către cei în drept să primească indemnizația, a actelor prevăzute mai sus.

(5) Indemnizațiile se plătesc în termen de cel mult 15 zile din ziua primirii de către ASIROM a ultimului document necesar.

§34. În vederea stabilirii drepturilor din asigurare ASIROM poate solicita examinarea medicală a persoanei asigurate/coasigurate, iar aceasta este obligată, sub sancțiunea pierderii drepturilor din asigurare, să se prezinte la medicul desemnat de asigurător.

§35. În caz de neîndeplinire a obligațiilor prevăzute în prezentele condiții ASIROM va refuza plata indemnizațiilor dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și cuantumul drepturilor din asigurare.

§36. Indemnizațiile se plătesc asiguratului, inclusiv pentru coasigurații minori ori coasiguraților (în cazul sumelor ce li se cuvin personal) când aceștia sunt persoane în vârstă de peste 18 ani inclusiv.

§37. ASIROM nu are nicio obligație de plată din asigurare dacă asiguratul (coasiguratul) nu își îndeplinește obligațiile în termenul prevăzut de prezentele condiții pentru plata drepturilor din asigurare, cel mult în termen de 2 ani de la expirarea acestuia.

VI. ALTE ELEMENTE CARE STABILESC DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

§38.(1) În cazul producerii evenimentului asigurat, asiguratul/coasiguratul sau un reprezentant al acestuia, trebuie să notifice (anunțe), în scris, în termen de maxim 5 zile calendaristice de la data internării, despre apariția riscului asigurat, specificând:

- a) numele și prenumele asiguratului;
- b) numărul poliței de asigurare;
- c) denumirea bolii;
- d) data spitalizării;
- e) denumirea spitalului unde este internat asiguratul;
- f) perioada prezumată de spitalizare.

(2) Notificarea de la alin.(1) se va depune direct la ASIROM sau poate fi trimisă prin poștă cu confirmare de primire.

(3) În caz de nerespectare a termenelor stabilite la alineatul precedent, ASIROM poate să refuze plata indemnizațiilor.

§39.(1) ASIROM nu plătește indemnizații, în baza prezentelor condiții, pentru spitalizarea:

- a) cauzată de orice tip de boală preexistentă;
- b) care se datorează tratamentelor sau lucrărilor dentare;
- c) care reprezintă servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor, precum și pentru investigații sau examinări medicale care nu sunt cerute de o stare de invaliditate temporară declarată de medic;
- d) care nu este recomandată de un medic autorizat potrivit legii ori spitalizări privind cure clinice ori carantine;
- e) care presupune tratament sau servicii medicale de natură experimentală;
- f) cauzată de boli mentale (depresie, anxietate, epilepsie, schizofrenie, paranoia, tulburări de comportament, psihoze, atac acut de panică, delir de orice natură – inclusiv delirum tremens, nevroze, orice alte boli mentale care determină incapacitate temporară, grad handicap sau o internare mai lungă de 14 zile);
- g) cauzată de orice formă de tratament sau chirurgie plastică;
- h) cauzată de infecții provocate de seropozitivitatea cu orice virus imuno-deficitar sau de Sindromul Imuno-Deficitar Dobândit sau de orice condiție medicală legată de sindrom sau de orice boală legată direct sau indirect de orice astfel de infecție sau sindrom;
- i) cauzată de consumul de alcool sau urmare a dependenței de alcool, precum și din orice boală cauzată direct sau indirect ori provocată de consumul de alcool;
- j) cauzată de dependența de droguri ori de abuzul de droguri sau de orice boală considerată direct sau indirect provocată de consumul de droguri ori abuzul de droguri;
- k) datorată îmbolnăvirilor ori vătămărilor corporale făcute cu intenție sau ca urmare a bolilor mentale ori influenței intoxicării cu medicamente (altele decât cele luate în conformitate cu tratamentul prescris de un medic autorizat) sau oricărui act săvârșit în ciuda sfatului medical prescris de a nu o face;
- l) datorată bolilor venerice;
- m) cauzată de orice invaliditate temporară datorată unui accident;
- n) datorată oricărui tip de vătămare corporală accidentală sau boală direct atribuită operațiunilor militare în timp de război (declarat sau nu), războiului civil, revoluției, rebeliunii, insurecției, acțiunii puterilor uzurpatoare, răscoalei ori tulburărilor civile, invaziei ori actului de ostilitate a unui inamic străin;
- o) datorată unei explozii ori acțiunii unor substanțe explozive, toxice, radioactive, corozive, nucleare, reziduuri nucleare sau arderii combustibilului nuclear, substanțelor poluante ori a contaminării din orice cauze;
- p) datorată avalanșelor, cutremurului, inundațiilor, erupțiilor vulcanice sau oricărui tip de dezastru natural;
- q) ca urmare a însămănțării artificiale, fertilizării in vitro sau transferului de embrion;
- r) cauzată de complicații apărute în urma unor intervenții chirurgicale (operații), într-un interval de 3-12 luni (stabilit în funcție de boala care a necesitat aceste intervenții) de la data efectuării acestora;
- s) datorată unor condiții cronice preexistente ori pentru tratarea unor boli grave cum sunt: boli neurologice (orice tip de paraliză sau paralizie, ori alte afecțiuni neurologice care conform specificațiilor medicului specialist pot determina incapacitate temporară de muncă, handicap sau o internare mai lungă de 14 zile), boli neurochirurgicale (ale sistemului nervos central - anevrisme, accidente vasculare cerebrale, hemoragice sau ischemice -, ori ale sistemului nervos periferic), inclusiv accidente cardiovasculare, intervenții chirurgicale cardiovasculare (pe cord, vase - artere, vene -, cu excepția varicelor hidrostatice), tumori maligne cu orice localizare pentru cură chimioterapeutică și/sau radioterapeutică (cu excepția internărilor pentru intervenții chirurgicale de extirpare a formațiunilor tumorale), transplant de organe, chirurgie ortopedică, inclusiv reabilitări, chirurgie oftalmologică și otorinolaringologică în scopul salvării vederii sau auzului;

- t) cauzată de orice tip de tratament balnear și /sau de reabilitare a sănătății: recuperare; medicină fizică și /sau asistență balneoclimaterică, precum și cele în case de odihnă, sanatorii, azil sau cămine de bătrâni, inclusiv pentru îngrijirea persoanelor senile sau care suferă de deteriorări cerebrale;
- u) cauzată de /sau care rezultă dintr-o condiție medicală pentru care, în momentul încheierii asigurării, persoana care se asigură primește tratament medical sau este pe lista de așteptare pentru diagnosticare și tratament;
- v) pentru fixarea unor dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corecții ale unor deficiențe fizice (inclusiv endoproteze).

(2) De asemenea, în prezentele condiții nu au fost incluse ca riscuri asigurate pentru care să se fi calculat prime de asigurare și ca urmare nu sunt acoperite prin polițele de asigurare evenimentele datorate stării de graviditate, avortului, nașterii sau maternității.

§40. ASIROM nu plătește indemnizații atunci când persoana asigurată este spitalizată ca însoțitor.

§41. ASIROM nu plătește indemnizații pentru evenimente asigurate prin prezentele condiții dacă mai există și alte contracte de asigurare încheiate care să acopere aceleași riscuri, cu excepția diferențelor de sume care provin din polița respectivă și cele care ar fi fost plătite prin prezentele condiții.

§42. În caz de deces al persoanei asigurate contractul de asigurare se reziliază fără ca ASIROM să mai datoreze vreo sumă. Dacă persoana decedată are calitatea de coasigurat contractul de asigurare rămâne în vigoare pentru celelalte persoane înscrise în poliță.

VII. DISPOZIȚII FINALE

§43. Actele în legătură cu constatarea producerii evenimentelor asigurate, depuse și înregistrate la ASIROM, nu pot fi încredințate asiguraților ori altor persoane.

§44. Primele de asigurare și indemnizațiile se plătesc numai în România și numai în lei.

§45.(1) Pe parcursul contractului de asigurare se pot solicita următoarele modificări ale contractului de asigurare:

- a) schimbarea numelui înscris în poliță, în baza modificării actului de stare civilă;
- b) schimbarea, la începutul unui nou an de asigurare, a modului de plată a primelor;
- c) indexarea primelor și a indemnizației zilnice ;
- d) includerea sau excluderea în/din asigurare a unui coasigurat, dar numai la începutul unui nou an de asigurare ;

(2) ASIROM admite modificarea cerută de asigurat, condiționat - după caz - de modificarea corespunzătoare a primei de asigurare, precum și de aplicarea dispozițiilor referitoare la încetarea plății primelor.

(3) ASIROM nu admite modificarea contractului dacă contravine condițiilor de asigurare.

(4) La indexarea asigurării partea cu care se majorează indemnizația zilnică (reprezentând diferența cu care crește acesta) se asimilează unei asigurări noi.

(5) Orice modificare a condițiilor de asigurare se va face numai cu acordul scris al părților și printr-un act adițional. În cazul în care una din părți nu este de acord cu modificarea propusă de cealaltă parte, contractul de asigurare se poate rezilia conform legii.

(6) Prevederile alineatului precedent nu se aplică în situația în care modificarea condițiilor de asigurare este impusă de schimbări legislative ivite după încheierea contractelor de asigurare.

(7) Modificarea contractului intră în vigoare de la ora 24 a zilei următoare celei în care ASIROM s-a emis suplimentul actului adițional, cel mai devreme, dacă este cazul, de la ora 24 a zilei următoare celei în care s-a achitat cea dintâi rată din noua primă.

§46. În tot cuprinsul prezentelor condiții de asigurare:

- A.** Prin "restituirea primelor încasate diminuate cu cheltuielile de încasare" se înțelege restituirea unei sume reprezentând primele încasate efectiv mai puțin cheltuielile cu acordarea premiului de achiziție și/sau comisioanele de încasare a primelor de asigurare;
- B.** Prin „restituirea primelor încasate, mai puțin cheltuielile suportate” se înțelege restituirea primelor încasate mai puțin cheltuielile cu acordarea premiului de achiziție și/sau a comisioanelor de încasare, precum și a cheltuielilor de administrare a asigurărilor și a fondului de asigurare.

§47. La asigurările ce se încheie pentru persoane străine, inclusiv cele cu statut diplomatic (misiuni diplomatice și oficii consulare, membrii acestora, corespondenții agențiilor de știri, reprezentanții organizațiilor economice, culturale sau ai altor asemenea organizații străine), care au reședința în România, primele de asigurare și sumele asigurate se plătesc numai în România.

§48. ASIROM, la cererea asiguratului sau a contractantului asigurării, va pune la dispoziția acestora informațiile în legătură cu contractul de asigurare prevăzute de Codul Civil.

§49.(1) Asiguratul are, conform Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, următoarele drepturi: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul de intervenție asupra datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a se adresa justiției.

(2) Asiguratul își poate exercita drepturile prevăzute la alin.(1), înaintând S.C. Asigurarea Românească – ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A. o cerere întocmită 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 poștă electronică, sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

§50. Cei care obțin sau încearcă prin orice mijloace să obțină pe nedrept sume asigurate sau înlesnesc asemenea fapte se pedepsesc potrivit legii penale, ori de câte ori fapta întrunește elementele constitutive ale unei infracțiuni. În caz de fraudă sau dol ASIROM nu datorează suma asigurată.

§51. Asigurarea este guvernată de legea română ale cărei instanțe de judecată competente vor fi singurele care vor avea jurisdicție în orice diferend care apare din contractul încheiat. Atunci când există neînțelegeri asupra cuantumului indemnizației de asigurare, partea necontestată din aceasta se va plăti de ASIROM anterior soluționării neînțelegerii prin bună învoială sau de către instanța judecătorească.

-oOo-

Alte detalii / informații furnizate privind asigurarea, la data încheierii acesteia:

- ⇒ ASIGURAREA este guvernată de legea română. Eventualele neînțelegeri dintre părți se vor soluționa pe cale amiabilă, iar dacă acest lucru nu este posibil, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente.
- ⇒ Procedurile de soluționare a petițiilor (**reclamațiilor**) aplicabile prezentului contract de asigurare sunt cele prevăzute de O.G. nr. 27/2002, privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor și Ordinul CSA nr. 11/2012, iar termenul de răspuns la acestea este cel prevăzut la art.8, pct.1 din ordonanța menționată și anume 30 de zile de la data înregistrării petiției, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă.
- ⇒ La data încheierii contractului de asigurare și emiterii poliței, cheltuielile cu primele de asigurare plătite de angajator, în numele angajatului, care nu sunt incluse în veniturile salariale ale angajatului, nu sunt deductibile fiscal, iar despăgubirile, sumele asigurate și orice alte drepturi ce se acordă asiguraților, beneficiarilor sau oricăror persoane păgubite, din orice fel de asigurare, sunt scutite de impozite și taxe (art.42, lit. b din Codul Fiscal).
- ⇒ În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, prin contribuția asiguraților se constituie de către C.S.A. "**Fondul de garantare**" destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare, încheiate conform Legii, în cazul insolvenței asiguraătorului (art 60 din Legea nr.136/1995, cu completările și modificările ulterioare).

**S.C. ASIGURAREA ROMÂNEASCĂ - ASIROM VIENNA
INSURANCE GROUP S.A.**

NUME, PRENUME ASIGURAT / CONTRACTANT:

NUME, PRENUME IMPUTERNICIT ASIROM:

Am fost informat și am luat cunoștință de conținutul integral al condițiilor de asigurare și că prezentul document a fost emis în 2 exemplare (câte un exemplar de fiecare parte contractantă), iar încercarea de modificare prin fals se pedepsește conform Legii penale.

COD IMPUTERNICIT ASIROM:

Am informat contractantul de conținutul integral al condițiilor de asigurare și am predat un exemplar însoțit de polița de asigurare.

Semnătură asigurat / contractant

_____/_____/_____
Data

Semnătură împuternicit ASIROM

_____/_____/_____
Data

Citiți cu atenție și în întregime Condițiile de asigurare în baza cărora se încheie prezentul contract de asigurare. În cazul producerii evenimentelor cuprinse în asigurare, adresați-vă celei mai apropiate unități ASIROM.

Prezentul document semnat de contractant / asigurat certifică informarea clientului asupra conținutului integral al Condițiilor de asigurare, dar nu face dovada încheierii contractului de asigurare decât însoțit de polița de asigurare emisă de ASIROM.