

Anexă la Polița de Asigurare seria MM nr. _____

I. DEFINIȚII

1. În aplicarea prezentelor condiții de asigurare, termenii următori sunt definiți astfel:

1.1. Asigurat:

a) Orice persoană fizică care posedă o calificare profesională autorizată, în condițiile legislației în vigoare din România, în scopul furnizării, direct sau indirect, a serviciilor medicale și/sau farmaceutice în cabinete medicale, policlinici, spitale, centre de diagnostic și tratament, alte unități medicale și care are obligația, potrivit legii, de a încheia o asigurare obligatorie de răspundere civilă profesională.

Pot avea calitatea de asigurat în baza prezentelor condiții de asigurare:

- orice cetățean român sau străin care poate exercita pe teritoriul României profesiunea de medic, medic dentist sau farmacist;
- asistenți medicali, moașe și asistenți de farmacie;
- personal executând activități conexe actului medical (biochimist, biolog etc.).

sau

b) Orice persoană juridică autorizată în condițiile legii să acorde servicii medicale și/sau farmaceutice prin intermediul personalului medical. În această situație, asigurarea acoperă numai răspunderea solidară a Asiguratului cu personalul său medical, pentru prejudicii produse prin acte de malpraxis săvârșite de către acesta.

1.2. Asigurător:

(1) **Asigurător**: persoana juridică/entitatea, autorizată să exercite activități de asigurare în condițiile Legii nr.32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, care, în schimbul plății primei de asigurare, se obligă ca, la producerea riscului asigurat, să plătească Asiguratului/Beneficiarului indemnizația de asigurare, în condițiile prevăzute în Contractul de Asigurare.

(2) În cadrul prezentelor condiții de asigurare, prin **Asigurător** se înțelege **S. C. ASIGURAREA ROMÂNEASCĂ - ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.**, cu sediul în București, B-dul Carol I 31-33, sector 2, având numărul de ordine în registrul Comerțului J40/304/1991, cod unic de înregistrare 336290, autorizată să funcționeze de CSA în baza deciziei nr. 16/07.11.2001, număr de înregistrare în Registrul Asigurătorilor, RA – 023/ 10.04.2003.

1.3. Polița de asigurare:

Documentul semnat de Asigurător și Asigurat care constată încheierea contractului de asigurare; împreună cu prezentele condiții de asigurare, cererea/declarația de asigurare, specificații de asigurare, suplimente de asigurare, alte declarații făcute în scris de Asigurat constituie **Contractul de Asigurare**.

1.4. Malpraxis:

Eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical, medico-farmaceutic sau profesiei menționate în cererea/declarația de asigurare generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a Asiguratului. Asiguratul răspunde civil pentru prejudiciile produse din eroare, care include și neglijența, imprudența sau cunoștințe profesionale insuficiente în exercitarea profesiei, prin acte individuale în cadrul procedurilor de prevenție, diagnostic sau tratament.

1.5. Prejudiciul material

Prejudicii cu caracter patrimonial, care are conținut economic, poate fi evaluat pecuniar și este rezultatul direct al vătămării corporale / decesului.

1.6. Daune morale

Prejudicii fără caracter patrimonial, constând în atingeri aduse personalității fizice, psihice, afective și sociale, prin lezarea unui drept sau interes nepatrimonial, consecințe fără conținut economic, care nu au valoare pecuniară.

1.7. Vătămare corporală:

Vătămarea integrității corporale sau a sănătății suferită de un pacient, incluzând boala, incapacitatea fizică și orice vătămare mentală.

1.8. Limita răspunderii asigurătorului:

Valoarea prevăzută în polița de asigurare care reprezintă limita maximă până la care Asigurătorul va acorda despăgubiri.

1.9. Prima de asigurare:

Suma plătită de Asigurat în schimbul obligației pe care și-o asumă Asigurătorul de a plăti despăgubirea.

1.10. Perioada de asigurare:

Intervalul de timp în cadrul căruia Asigurătorul, în schimbul încasării primei de asigurare, preia răspunderea profesională a Asiguratului.

1.11. Despăgubirea/ indemnizația:

Suma plătită de Asigurător pacientului, moștenitorilor acestuia sau Asiguratului, după caz, pentru prejudiciile produse, potrivit termenilor și condițiilor contractului de asigurare.

1.12. Franșa deductibilă:

Partea dinaintea stabilită din orice daună suportată de Asigurat. Valoarea franșei va fi menționată în Polița de Asigurare.

1.13. Data retroactivă:

Se înțelege data de la care sunt acoperite actele de malpraxis săvârșite de Asigurat, în urma cărora s-au produs prejudicii pacienților pentru care aceștia formulează pentru prima oară în scris, împotriva Asiguratului, în timpul perioadei de asigurare, pretenții de despăgubire. Data retroactivă este stabilită la o perioadă de maximum 36 luni înainte de data intrării în vigoare a contractului de asigurare și va fi menționată în contractul de asigurare.

1.14. Perioada extinsă de raportare:

O perioadă de 60 zile calendaristice de la data expirării contractului de asigurare în care Asiguratul este obligat să notifice Asigurătorului toate pretențiile de despăgubire care au fost formulate de pacienți împotriva sa pentru prima dată, în scris, în timpul perioadei de asigurare menționată în contractul de asigurare.

1.15. Pretenție de despăgubire:

- orice **cerere scrisă**, formulată de un pacient sau moștenitorii acestuia împotriva **Asiguratului** ca urmare a producerii unui prejudiciu, prin care se solicită despăgubiri; sau
- orice procedură civilă, arbitrală sau penală pornită de un pacient sau moștenitorii acestuia, în condițiile legii, împotriva **Asiguratului** ca urmare a producerii unui prejudiciu; sau
- orice procedură oficială demarată de vreo autoritate administrativă sau autoritate de reglementare împotriva **Asiguratului** ca urmare a producerii unui prejudiciu unui pacient.

1.16. Data formulării pretenției de despăgubire:

Pretenția de despăgubire se consideră a fi formulată pentru prima oară în scris la:

- data înregistrării, la Asigurat sau la angajatorul acestuia, a cererii de despăgubire a unui pacient sau moștenitorilor acestuia; sau
- data demarării, de către un pacient sau moștenitorii acestuia, a unei proceduri civile, arbitrale sau penale împotriva Asiguratului; sau
- data demarării, de către o autoritate administrativă sau o autoritate de reglementare, a unei proceduri de cercetare împotriva Asiguratului.

II. OBIECTUL ASIGURĂRII / RISCURI ASIGURATE

2. În limitele prezentelor condiții, în baza declarației de asigurare și în schimbul primei de asigurare încasate, Asiguratorul acordă despăgubiri pentru prejudiciile materiale care sunt consecința vătămarilor corporale sau decesului și de care Asiguratul răspunde, în baza legii, față de terțe persoane care se constată că au fost supuse unui act de malpraxis, precum și pentru cheltuielile de judecată.

3. Asiguratorul acordă despăgubiri pentru:

- sume pe care Asiguratul este obligat să le plătească pacienților sau moștenitorilor acestora pentru prejudicii materiale produse prin vătămări corporale sau deces, ca urmare a unor acte de malpraxis savârșite în desfășurarea activității profesionale menționată în cererea/declarația de asigurare;
- sume pe care Asiguratul este obligat să le plătească pacienților sau moștenitorilor acestora pentru prejudicii materiale produse prin vătămări corporale sau deces, ca urmare a neacordării serviciilor medicale sau farmaceutice atunci când starea pacienților impunea această intervenție;
- costul suportat de către pacientul care se consideră prejudiciat, cu onorariul Comisiei de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis, dacă Comisia a stabilit că Asiguratul poartă răspunderea;
- cheltuielile de judecată făcute de cei prejudiciați în scopul obligării Asiguratului la plata despăgubirilor, dacă Asiguratul a fost obligat prin hotărâre judecătorească la plata acestora;
- cheltuielile de judecată făcute de Asigurat în procesul civil dacă a fost obligat la desdăunare.

4. În situațiile prevăzute la pct.3 de mai sus se acordă despăgubiri numai dacă sunt îndeplinite, cumulativ, următoarele condiții:

- pretenția de despăgubire a pacientului sau moștenitorilor pacientului să fie formulată pentru prima oară în scris, împotriva Asiguratului, în timpul perioadei de asigurare;
- actul de malpraxis să fi fost săvârșit în perioada de asigurare sau după data retroactivă menționată în polița de asigurare;
- pretenția de despăgubire formulată de pacient/moștenitorii pacientului să fie notificată de către Asigurat Asiguratorului în perioada de asigurare sau în perioada extinsă de raportare;
- prejudiciul material să fie cert în ceea ce privește existența sa, cuantificabil la data formulării cererii de despăgubire, personal și direct;
- între actul de malpraxis și prejudiciul material produs persoanei păgubite să existe un raport de cauzalitate.

5. Toate pretențiile de despăgubire formulate de mai mulți pacienți în legătură cu prejudiciile produse în urma unui și același act de malpraxis vor fi considerate a fi fost făcute la momentul când prima dintre aceste solicitări a fost formulată împotriva Asiguratului.

III. LIMITE TERITORIALE

6. Asigurarea acoperă activitatea profesională a Asiguratului desfășurată pe teritoriul României.

IV. EXCLUDERI

7. Nu sunt cuprinse în asigurare și, deci, Asiguratorul nu acordă despăgubiri, pentru:

- pretențiile de despăgubire pentru daune morale, chiar dacă sunt consecința vătămarilor corporale / decesului rezultat/e din acte de malpraxis;
- prejudiciile care sunt urmarea condițiilor de lucru din unitatea medicală (de exemplu: lipsa de organizare, lipsa igienei, a medicamentelor, materialelor, echipamentelor și aparaturii medicale de orice fel, uzura fizică și morală a acestora, defectele de utilizare a echipamentelor și aparaturii), dotării insuficiente cu echipament de diagnostic și tratament, infecțiilor nosocomiale, efectelor adverse, complicațiilor și riscurilor în general acceptate ale metodelor de investigație și tratament, viciilor ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanțelor medicale și sanitare folosite, precum și prejudiciile care sunt consecința desfășurării activității profesionale cu bună-credință în situații de urgență, cu respectarea competențelor pe care Asiguratul le are;
- cheltuielile de judecată făcute de cei prejudiciați și/sau de Asigurat în procesul civil introdus exclusiv pentru obținerea unor daune morale, dacă contractul de asigurare a fost încheiat fără acoperirea unor astfel de daune;
- pretențiile de despăgubire pentru prejudicii materiale care sunt consecința acordării asistenței medicale în lipsa consimțământului informat dat potrivit reglementărilor legale, în situația în care existau condițiile necesare ca acesta să fie acordat;
- prejudicii rezultate din efectuarea de studii clinice, de proceduri terapeutice sau de diagnosticare experimentale sau neomologate, activități de inginerie genetică, cercetare medicală, farmaceutică și biologică ori utilizarea de medicamente, materiale și echipamente neomologate
- pretențiile de despăgubire pentru prejudicii materiale care sunt consecința operațiilor de chirurgie plastică exclusiv în scop estetic; nu se supun acestei excluderi operațiile de chirurgie plastică care sunt efectuate ca urmare a unor indicații medicale (de exemplu: efectuate în scop reconstructiv, reparativ, ca o consecință a unui accident sau unei deformații congenitale);

- g) pretențiile de despăgubire pentru consecințele/rezultatul serviciilor/tratamentelor furnizate pentru provocarea/evitarea gravidității, inclusiv consecințele operațiilor pentru provocarea sterilității, avortului, fertilizarea in-vitro; nu se supun acestei excluderi prejudiciile materiale produse prin vătămare corporală/deces care sunt rezultatul unor acte de malpraxis săvârșite în timpul efectuării unor asemenea operații și tratamente;
- h) pretenții de despăgubire ca urmare a utilizării oricărui medicament destinat scăderii în greutate;
- i) pretenții de despăgubire ca urmare a operațiilor efectuate pentru implantarea/injectarea cu silicon în orice formă (lichid, gel, ambalat în interiorul unor membrane) cu excepția cazurilor în care aceste operații au fost făcute în scop de reconstrucție; această excludere este valabilă și pentru materialul în care siliconul este ambalat în vederea implantării;
- j) pretenții de despăgubire ca urmare a contaminării cu orice virus hepatic, HIV sau BSE;
- k) pretenții de despăgubire ca urmare a daunelor produse prin modificări genetice provocate de aparatura medicală cu raze X sau orice altă aparatură care funcționează pe baza oricărui radiații;
- l) pretenții de despăgubire ca urmare a operațiilor efectuate de medicii dentiști sub anestezie generală, cu excepția cazurilor când acestea sunt efectuate în unități acreditate în cadrul cărora anestezia este efectuată de personal specializat;
- m) prejudiciile care sunt consecința manipulării sângelui în centrele de hematologie sau băncile de sânge;
- n) pretenții de despăgubire ca urmare a acordării serviciilor profesionale sub influența alcoolului, narcoticelor sau altor substanțe intoxicante ori prin fapte intenționate, deliberate sau necinstite comise de asigurat, fapte incriminate ca infracțiuni săvârșite cu intenție, dacă aceste fapte rezultă din actele încheiate de organele în drept (poliție, alte organe de cercetare etc.);
- o) amenziile de orice fel, sancțiuni, penalități (indiferent dacă sunt civile, penale sau contractuale) la care ar fi obligat Asiguratul, cheltuieli de judecată în procesul penal, inclusiv cheltuielile de executare a hotărârilor privind plata despăgubirilor;
- p) pretenții de despăgubire ca urmare a oricărui activități profesionale acordate peste limitele de competență profesională, tratamentele, procedurile, recomandările etc. acordate în mod normal în calitate de cadru medical / farmacist autorizat etc., limite stabilite de legislația în vigoare, regulamentele profesionale și codurile deontologice;
- r) pretenții de despăgubire ca urmare a participării, de către Asigurat, la greve;
- s) prejudicii cauzate prin orice formă de poluare, precum și pentru costurile necesare neutralizării, îndepărtării și/sau curățării substanțelor poluante; prejudicii produse în urma unor explozii atomice, radiații, sau infestări radioactive ca efect al folosirii energiei atomice sau materialelor fisionabile, precum și cele referitoare la prejudiciile cauzate ca urmare a transportului de produse periculoase (radioactive, ionizante); prejudicii produse în urma colectării sau evacuării de deșeuri de orice fel; prejudiciile cauzate în orice fel de undele/câmpurile magnetice, electromagnetice;
- t) prejudicii produse în caz de război (declarat sau nu), invazie sau acțiunea unui dușman extern, război civil, revoluție, rebeliune, insurecție, dictatură militară, conspirație, confiscare, expropriere, naționalizare, rechiziționare, sechestrare, terorism, vandalism, act răuvoitor sau sabotaj;
- u) răspunderea care decurge din îmbolnăvirea de azbestoză sau orice altă boală care rezultă din existența, extragerea, manipularea, prelucrarea, fabricarea, vânzarea, distribuția, depozitarea sau utilizarea azbestului, a produselor din azbest, a produselor care conțin azbest sau orice alte substanțe carcinogenice;
- v) pretenții de despăgubire rezultate din sau în legătură cu încălcarea dreptului de proprietate intelectuală (brevete/patente, drepturi de autor, mărci comerciale sau embleme înregistrate la organisme specializate în domeniu, planuri înregistrate);
- x) prejudiciile produse terților prin insultă, calomnie sau orice defăimare, indiferent dacă s-a produs prin viu grai sau în scris.

8. Nu sunt cuprinse în asigurare și deci nu se acordă despăgubiri pentru prejudiciile care au fost notificate Asiguratorului după expirarea perioadei extinse de raportare chiar dacă Asiguratul poartă răspunderea pentru producerea lor și au fost îndeplinite toate celelalte condiții prevăzute la pct.4 de la cap.II de mai sus.

9. Asiguratul nu are răspundere civilă dacă evenimentul s-a produs:
- dintr-un caz de forță majoră definită conform legii române;
 - din culpa exclusivă a persoanei păgubite;
 - din culpa exclusivă a unei terțe persoane.

V. LIMITA RĂSPUNDERII

10. Limita răspunderii asiguratorului:

a) pe cererea de despăgubire:

Despăgubirea acordată de Asigurator nu va depăși, în total, în legătură cu toate pretențiile de despăgubire formulate de pacienți pentru toate prejudiciile suferite ca o consecință a unui singur act de malpraxis, limita răspunderii pe cerere de despăgubire stabilită prin polița de asigurare.

b) pe întreaga perioadă de asigurare:

Despăgubirile acordate de Asigurator nu vor depăși, în total, pe perioada asigurată, limita răspunderii stabilită prin polița de asigurare.

VI. PRIMA DE ASIGURARE

11. Prima anuală de asigurare se achită fie anticipat și integral, la încheierea asigurării, fie în rate semestriale sau trimestriale egale, la termenul precizat în contract.

12. În caz de neplată a unei rate de primă, următoare celei dintâi, Asiguratul are dreptul la un termen de păsuire de 15 zile de la scadența acesteia, situația contractului de asigurare rămânând neschimbată până la expirarea acestui termen. Neachitarea primei datorate până la expirarea termenului de păsuire are ca rezultat rezilierea contractului de asigurare începând de la data scadenței.

VII. PERIOADA DE ASIGURARE (ÎNCHIEIEREA, DESFĂȘURAREA ȘI ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI)

13. Asigurarea se încheie pentru o perioadă de un an. Răspunderea Asiguratorului începe după expirarea zilei în care au fost îndeplinite, cumulativ, următoarele condiții:

- s-a plătit Asigurătorului, în numerar, prima de asigurare/rata I de primă ori s-a prezentat ordinul de plată vizat de banca la care Asiguratul are deschis contul de disponibil, și

- s-a încheiat contractul de asigurare,

dar nu mai devreme de data intrării în vigoare a contractului, înscrisă pe acesta.

14. Răspunderea Asigurătorului încetează:

- la ora 24⁰⁰ a ultimei zile din perioada de valabilitate înscrisă în contract, sau

- prin neplata ratelor de primă, conform pct. 12 de mai sus

- prin suspendarea sau anularea autorizației de liberă practică.

VIII. OBLIGATIILE ASIGURATULUI

15. Asiguratul are obligația:

a) să răspundă în scris la întrebările formulate de Asigurător, precum și să declare, la data încheierii contractului, orice informații sau împrejurări pe care le cunoaște și care, de asemenea, sunt esențiale pentru evaluarea riscului;

b) să comunice Asigurătorului prin notificare scrisă, dacă împrejurările esențiale privind riscul se modifică în cursul executării contractului, despre orice modificare intervenită față de datele menționate în cererea/declarația completată la încheierea asigurării;

c) să achite obligațiile de plată în cuantumul și la termenele prevăzute în Polița de Asigurare;

d) să ia toate măsurile necesare și/sau impuse de lege pentru a preveni producerea evenimentelor asigurate, precum și pentru limitarea pagubelor și cheltuielilor, în cazul producerii acestora;

e) să declare existența altor asigurări încheiate pentru aceleași riscuri la Asiguratorii diferiți, atât la încheierea contractului de asigurare cât și pe parcursul valabilității acestuia.

16. (1) În caz de neîndeplinire a obligațiilor de la pct. 15, lit.a și b, în sens de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Asigurat cu privire la împrejurări 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 a avut influență asupra producerii riscului asigurat, Contractul de Asigurare este nul.

(2) Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului, care, de asemenea, poate cere și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

(3) Declarația inexactă sau reticența din partea Asiguratului ori a Contractantului asigurării a cărei rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea asigurării. În cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc anterior producerii riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul fie de a menține contractul solicitând majorarea primei, fie de a rezilia contractul la împlinirea unui termen de 10 zile calculate de la notificarea primită de Asigurat, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele plătite aferentă perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează. Atunci când constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

17. Asiguratul este obligat să avizeze, în scris, Asigurătorul, în termen de 3 zile de la luarea la cunoștință, despre producerea riscului asigurat, despre orice eveniment ce ar intra sub incidența acoperirii acordate prin prezenta asigurare sau despre orice prejudiciu produs, împrejurările în care acesta a intervenit. În avizare se vor arăta locul, data, ora, cauzele și împrejurările producerii riscului asigurat și natura pagubelor;

18. Comunicarea producerii riscului asigurat se poate face și către brokerul de asigurare care, în acest caz, are obligația de a face la rândul său comunicarea către Asigurător, în termenul prevăzut la pct.17.

19. Asiguratul este obligat:

a) să nu facă nicio ofertă, promisiune sau plată, fără acordul scris al Asigurătorului, în caz contrar acestea nefiind opozabile Asigurătorului;

b) să înștiințeze Asigurătorul despre orice proces în care este implicat și are legătură cu un eveniment asigurat produs în perioada asigurată;

c) să se aplece în proces ținând seama și de eventualele recomandări ale Asigurătorului;

d) să pună la dispoziția Asigurătorului toate informațiile și documentele de care dispune în scopul lichidării daunei;

e) să acorde întregul sprijin Asigurătorului într-un eventual proces având ca obiect constatarea și repararea prejudiciului, fără a pretinde avansarea vreunui onorariu de la acesta.

20. În cazul neîndeplinirii obligației de la pct.17 de mai sus, Asigurătorul este în drept să refuze plata despăgubirilor, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului și întinderea pagubei.

IX. OBLIGATIILE ASIGURATORULUI / CONSTATAREA, EVALUAREA ȘI STABILIREA DESPĂGUBIRII

21. Despăgubirile se stabilesc pe baza convenției dintre Asigurat, persoana păgubită sau moștenitorii acesteia, în caz de deces, și Asigurător (pe cale amiabilă) dacă rezultă cu certitudine răspunderea civilă a Asiguratului.

22. În cazurile în care nu este certă culpa asiguratului, aceasta va fi stabilită de către Comisia de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis.

În situația în care Asigurătorul nu este de acord cu decizia Comisiei, acesta are dreptul de a o contesta la instanța de judecată competentă în termen de 15 zile de la data la care a luat cunoștință despre aceasta.

23. Dacă Asiguratul, persoana păgubită sau moștenitorii acesteia și Asigurătorul nu cad de acord asupra cuantumului despăgubirii sau nu este certă culpa Asiguratului, despăgubirile se vor plăti numai în baza unei hotărâri definitive a instanței judecătorești competente.

24. Asiguratul, Asigurătorul și pacientul vătămat pot opta pentru stabilirea despăgubirilor și la procedura de mediere în condițiile legii. Pentru a apela la procedura de mediere, trebuie să existe o decizie a Comisiei de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis care să confirme existența cazului de malpraxis.

25. În cazul producerii riscului asigurat, în situația în care părțile nu se înțeleg asupra cuantumului despăgubirii, suma din despăgubire care nu face obiectul litigiului va fi plătită de Asigurător înainte ca litigiul să se fi soluționat prin negocieri sau de către instanța judecătorească.

26. În caz de deces al unui pacient, despăgubirea convenită se acordă moștenitorilor acestuia.

27. Despăgubirile se acordă și atunci când persoanele vătămate sau decedate nu au domiciliul ori reședința în România.
28. Despăgubirea pentru prejudiciile produse și cheltuielile prevăzute la pct.3, lit.c, d și e de la cap.II nu poate depăși suma asigurată, nici cuantumul pagubei, stabilit în baza actelor justificative.
29. Dacă asigurarea s-a încheiat cu franșiză, Asigurătorul este răspunzător numai pentru partea din orice daună ce depășește cuantumul franșizei.
30. În cazul plății unei despăgubiri, Asigurătorul are dreptul de a compensa ratele de primă ce i se datorează până la sfârșitul perioadei de asigurare prin scăderea acestora din valoarea despăgubirilor cuvenite.
31. În toate cazurile în care au fost prejudiciate mai multe persoane și suma prejudiciilor acestora depășește Limita răspunderii asigurătorului pe cererea de despăgubire menționată în contract, despăgubirile se acordă în limita acestei sume, proporțional cu prejudiciul suferit de fiecare persoană.
32. Dacă prejudiciul s-a produs din culpa mai multor persoane, Asigurătorul va acorda despăgubire numai pentru partea din pagubă de care se face răspunzător Asiguratul, gradul de vinovăție fiind stabilit de către instanța judecătorească competentă.
33. Asigurătorul este îndreptățit să amâne acordarea despăgubirii dacă, în legătură cu realitatea daunei a fost instituită o cercetare penală, până la finalizarea acesteia, sau atunci când există neconcordanțe / afirmații contradictorii între declarațiile Asiguratului/persoanei păgubite și situația de fapt.
34. Asigurătorul plătește despăgubirea nemijlocit celui păgubit cu acordul scris al Asiguratului, în măsura în care cel păgubit nu a fost despăgubit de Asigurat. Despăgubirea nu poate fi urmărită de creditorii Asiguratului.
35. Despăgubirea se plătește Asiguratului în cazul în care acesta dovedește că a despăgubit pe cel păgubit, cu condiția ca despăgubirea să fie justificată și recunoscută de Asigurător.
36. Prin plata despăgubirii, pe bază de înțelegere dintre părți (cale amiabilă) sau prin hotărâre judecătorească definitivă și irevocabilă pronunțată în România se sting orice pretenții ale Asiguratului și ale persoanelor prejudiciate față de Asigurător. Odată cu plata despăgubirii, beneficiarul despăgubirii va menționa, în scris, că a fost despăgubit de Asigurător pentru prejudiciile suferite și că nu mai are nici o pretenție, în legătură cu prejudiciul respectiv față de Asigurător. Drepturile persoanelor prejudiciate împotriva celor răspunzători de producerea prejudiciilor rămân neștirbite, potrivit dreptului comun, pentru tot ceea ce depășește sumele plătite de Asigurător.
37. Asigurătorul poate fi chemat în judecată de persoanele păgubite în limitele obligațiilor ce-i revin acestuia din contractul de asigurare.
38. După fiecare plată de despăgubire limita răspunderii Asigurătorului pe întreaga perioadă de asigurare prevăzută în contract se diminuează cu suma plătită. Asigurarea continuă pentru limita răspunderii Asigurătorului astfel diminuată.
39. Asigurătorul nu datorează despăgubire din asigurare dacă riscul asigurat a fost produs cu intenție de Asigurat, de beneficiarul despăgubirii ori de către un membru din conducerea Asiguratului, care lucrează în această calitate.
40. Dacă la data producerii evenimentului asigurat există și alte polițe de asigurare încheiate de Asigurat la asigurători diferiți, care acoperă prejudicii ce intră sub incidența prezentei asigurări, Asigurătorul plătește despăgubiri în baza prezentului contract proporțional cu Limita răspunderii menționată pe poliță.
41. Termenul de plată a despăgubirii este de 30 zile de la data depunerii la Asigurător a ultimului document necesar constatării și evaluării prejudiciului.

X. DISPOZITII FINALE

42. În cursul valabilității contractului de asigurare, Asigurătorul are dreptul să efectueze verificări ale informațiilor prezentate de Asigurat ori de câte ori consideră necesar.
43. Contractul de asigurare poate fi modificat oricând în cursul valabilității sale prin acordul comun al Asigurătorului și Asiguratului, modificarea intrând în vigoare la data convenită în scris de către părți.
44. Orice notificare, comunicare, avizare sau înștiințare legată de Contractul de asigurare se consideră efectuată dacă va fi transmisă în scris, prin unul din următoarele mijloace:

(1) scrisoare cu confirmare de primire

- trimisă de Asigurător la adresa Asiguratului menționată în Contractul de asigurare sau, în cazul în care aceasta a fost schimbată, la ultima adresă comunicată de către Asigurat;
- trimisă de Asigurat fie la adresa unității cu care a încheiat Contractul de asigurare (Sucursala, Agenția sau Reprezentanța, după caz), fie la sediul social al Asigurătorului;

(2) prin înmânare directă

- de către Asigurat, prin depunere fie la registratura unității cu care a încheiat Contractul de asigurare (Sucursala, Agenția sau Reprezentanța, după caz) fie la registratura sediului social al Asigurătorului;
- de către Asigurător, confirmată prin semnătura de primire a Asiguratului pe copia documentului.

(3) prin fax sau e-mail

- trimis de Asigurător la numărul de fax sau la adresa de e-mail ale Asiguratului menționate în Contractul de asigurare sau, în cazul în care acestea au fost schimbate, la ultimul număr de fax sau ultima adresă de e-mail comunicată de către Asigurat;
- trimis de Asigurat la numărul de fax sau la adresa de e-mail ale Asigurătorului menționate în Polița de Asigurare.

45. Respectarea riguroasă și îndeplinirea prevederilor prevăzute în prezentele condiții de asigurare, în măsura în care se referă la obligațiile care îi revin Asiguratului, precum și prezumția că declarațiile și răspunsurile Asiguratului din declarația de asigurare, sunt adevărate, vor fi o condiție ce precede orice răspundere care revine Asigurătorului.

46. Contractul de asigurare poate fi denunțat oricând de Asigurat sau Asigurător cu o notificare scrisă de 20 de zile calculate de la data primirii notificării de către cealaltă parte. În cazul în care contractul de asigurare este denunțat, Asigurătorul va restitui partea din prima de asigurare achitată anticipat reținând prima corespunzătoare perioadei efectiv acoperită prin asigurare (aceasta din urmă se va calcula prin reținerea unei părți de 1/12 din prima de asigurare anuală pentru fiecare lună sau fracțiune de lună de acoperire), dacă până la data denunțării nu s-au plătit și/sau nu au fost avizate evenimente care intră sub incidența acoperirii acordate prin prezentul contract de asigurare.

47. În limita despăgubirilor plătite Asigurătorul se subrogă în toate drepturile Asiguratului sau beneficiarilor de despăgubiri împotriva celor răspunzători de producerea prejudiciilor/pagubelor.

Asiguratul răspunde pentru prejudiciile aduse Asiguratorului prin acte care ar împiedica realizarea dreptului de regres. Dacă Asiguratul renunță la dreptul de regres sau dacă, din vina lui, exercitarea acestui drept nu mai este posibilă, Asiguratorul este eliberat de obligația de a plăti despăgubiri până la limita sumei ce face obiectul dreptului de regres. Dacă plata a fost deja efectuată, Asiguratul este obligat să restituie despăgubirile acordate de Asigurator.

48. Dreptul la acțiune privind solicitarea de despăgubiri în baza contractului de asigurare se stinge în termen de 2 ani de la data expirării termenului stabilit pentru plata despăgubirilor.

49. În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, prin contribuția asiguratorilor se constituie Fondul de Garantare, destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii încheiate în condițiile Codului civil și Legii nr.136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, în cazul constatării insolvabilității asiguratorului.

50. 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.

51. Asiguratul își poate exercita drepturile prevăzute la pct.50, 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.

52. Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu acest contract de asigurare, inclusiv referitor la valabilitatea, interpretarea, executarea ori desființarea sa, se va soluționa potrivit legii române, de către instanțele de judecată competente din România.

53. Polița de Asigurare se încheie pe baza cererii scrise a Asiguratului, făcută prin completarea Cererii/Declarației de asigurare care, împreună cu prezentele Condiții de Asigurare, Specificația, Suplimentele, Clauzele adiționale, alte anexe și orice declarații făcute în scris de Asigurat constituie și fac parte integrantă din Contractul de asigurare.

54. Asigurarea se consideră încheiată prin emiterea de către Asigurator a Poliței de Asigurare și încasarea primelor de asigurare.

55. Contractul de asigurare este redactat în două exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte semnatară.

* * *

CONTRACTANT / ASIGURAT,

A S I G U R Ă T O R,

S.C. Asigurarea Românească – ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.

(Nume și prenume)

Inspector/broker/agent _____ Cod _____

(Semnătura)

Semnătura _____

Anexă la Polița de Asigurare seria **MM** nr. _____