

Condiții de asigurare Călătorii în străinătate - Arosan Forte

I. DEFINIȚII

1. În tot cuprinsul prezentelor condiții, termenii de mai jos vor avea următoarea semnificație:
- A) **ASIGURĂTOR**
Societatea 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 (părinte/tutore).
- C) **ASIGURAT**
Orice persoană fizică cu vârsta cuprinsă între 1 și maxim 75 de ani, împliniți și care este cetățean român cu domiciliul în România sau cetățean străin rezident în România. Asigurații care călătoresc în SUA și/sau Canada trebuie să aibă vârsta cuprinsă între 1 și maxim 61 de ani, împliniți.
- D) **SOCIETATE DE ASISTENȚĂ**
Societatea _____ pe care asiguratul are obligația să o contacteze, la apariția evenimentului asigurat prin telefon la nr: (+40)21 201 90 30 sau prin fax la nr: (+40)21 201 90 40 ori prin e-mail pe adresa: assistance@ro.april.com sau operations@ro.april.com în termenul prevăzut de condițiile de asigurare.
- E) **BOALĂ**
Modificare organică sau funcțională a stării normale de sănătate a asiguratului, survenită neașteptat și imprevizibil, diagnosticată de un medic specialist, care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliței de asigurare și care împiedică, din motive medicale, efectuarea normală a călătoriei.
- F) **BOALĂ PREEXISTENTĂ**
Orice boală sau complicații ale acesteia, care a fost diagnosticată, tratată sau depistată anterior datei de început a contractului sau a cărei simptomatologie s-a instalat anterior datei de intrare în vigoare a asigurării.
- G) **SPITAL:**
Unitate sanitară, publică sau privată, cu personalitate juridică, dotată cu paturi, care are o cameră de primiri urgențe și 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.
- H) **SPITALIZARE:**
Internarea într-un spital pentru tratarea urmărilor unui Accident sau Îmbolnăviri.
- I) **ZI DE SPITALIZARE:**
Intervalul de timp în care pacientul este internat în spital, începând de la miezul nopții (orele 00:00), pentru cel puțin 24 de ore consecutive și în care i se acordă, în mod neîntrerupt asistență medicală curativă.
- J) **ASISTENȚĂ MEDICALĂ:**
Consultații, investigații pentru stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, precum și îngrijire medicală.
- K) **ACCIDENT:**
Eveniment datorat unei cauze neprevăzute, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința asiguratului, având drept consecință decesul acestuia ori vătămarea sa corporală, care nu permite continuarea normală a călătoriei.
- L) **DECES:**
Încetarea din viață a persoanei asigurate, în perioada de valabilitate a poliței de asigurare.
- M) **CĂLĂTORIE ÎN STRĂINĂTATE:**
Deplasarea efectuată de asigurat în afara României și a țării de cetățenie/rezidență, în perioada asigurată (calculată de la momentul părăsirii graniței țării și până la momentul revenirii în țară), având destinațiile precizate în poliță de asigurare.
- N) **FRANȘIZĂ DEDUCTIBILĂ:**
Valoarea fixă sau procent din suma de plată stabilită de ASIROM la producerea evenimentului asigurat, care intră în sarcina asiguratului și care se scade din despăgubirea datorată pentru fiecare eveniment asigurat. Franșiza deductibilă se aplică la asigurarea de răspundere civilă, din PROGRAMUL C.

O) 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. Aceeași obligație revine și contractantului asigurării care a luat cunoștință de modificarea survenită.

P) POLIȚA DE ASIGURARE:

Înscrișul probator al încheierii contractului de asigurare emis și semnat de asigurător.

R) CONTRACT DE ASIGURARE:

Polița de asigurare împreună cu condițiile de asigurare și cererea de asigurare, precum și orice alte acte adiționale.

II. OBIECTUL ASIGURĂRII, PERSOANELE ASIGURATE ȘI RISCURILE CUPRINSE ÎN ASIGURARE

2. (1) Contractul de asigurare pentru persoanele menționate la §1, lit.c, care călătoresc în străinătate, se încheie în baza unei cereri de asigurare completată și semnată pe formular ASIROM, în care persoana care contractează asigurarea 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, însoțite și de o copie a actului de identitate / certificatului de înregistrare.
3. Dacă la încheierea contractului de asigurare vârsta asiguratului era sub limita minimă stabilită prin condițiile de asigurare, ASIROM nu plătește nici o sumă dacă evenimentul asigurat se produce înainte de împlinirea limitei de vârstă prevăzută în condițiile de asigurare. În astfel de cazuri ASIROM are numai obligația de a restitui primele încasate.
4. (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, la care data de început este ziua imediat următoare datei de expirare a valabilității 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 ASIROM poate percepe o taxă de duplicat.
5. (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 ori scopul călătoriei) 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 / 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 de plată în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.
6. (1) Printr-un contract de asigurare (polița) se asigură câte o singură persoană având calitatea de asigurat.
(2) La cerere, pot fi incluși în asigurare și membrii familiei asiguratului (soțul / soția și copii acestuia), pentru care se va emite câte o poliță separată.
 7. (1) Asigurările pot fi încheiate pentru durate de la 2 la 365 zile.
(2) Asigurații care călătoresc în scop de afaceri (care nu implică activități direct productive sau prestare de muncă fizică, lucrul în construcții, practicarea meseriei de șofer profesionist, călătorii în scop pur turistic, sport sau studii), pot opta pentru încheierea de polițe de afaceri – BUSINESS CARD - pe termen de 1 an, fără ca durata cumulată a tuturor călătoriilor să depășească 90 zile, iar durata unei călătorii va fi de maximum 30 zile.
Aceasta prevedere se va aplica doar în situația în care contractantul este persoana juridică.
 8. ASIROM încheie contracte de asigurare cu persoanele care călătoresc în străinătate pentru acoperirea cheltuielilor implicate de producerea următoarelor evenimente:
a) îmbolnăvire (boală) neașteptată și imprevizibilă care amenință sănătatea și/sau viața persoanei respective;
b) prejudiciere corporală ca urmare a unui accident;
c) deces ca urmare a îmbolnăvirii neașteptate și imprevizibile sau a unui accident.
 9. (1) Încheierea contractului de asigurare se face, cel puțin, pentru PROGRAMUL A (program de asigurare de bază), prin care sunt acoperite la producerea evenimentelor menționate la 8 și în limita sumei asigurate stabilite prin contractul de asigurare, cheltuielile privind:
-vizite medicale, medicamente, spitalizare;
-transportul cu salvarea până la cel mai apropiat spital;
-repatrierea bolnavului în cazuri deosebite ori repatrierea corpului

neînsuflețit, în cazul decesului asiguratului, dar numai cu aprobarea societății de asistență și numai în limita sumei asigurate prevăzută pentru acest risc în contractul de asigurare;

-tratament stomatologic, de urgență, acordat ca urmare a unui accident sau a unei crize acute, necesar pentru calmarea durerii, dar în limita a maximum 150 EURO.

(2) Pentru persoanele care în timpul călătoriei practică ski (chiar și ocazional) și care au plătit prima majorată (stabilită prin tariful de prime pentru acest sport) sunt acoperite prin PROGRAMUL A, suplimentar, în limita sumei de 800 EURO și costurile aferente Ski Pack achiziționate (reprezentând: taxă școală de ski, acces la telecabine/telescaune, echipament de ski etc.) și nefolosite ca urmare a producerii evenimentelor asigurate, menționate la §8.

(3) În plus, față de PROGRAMUL A, contractantul / asiguratul are posibilitatea de a opta și pentru ambele sau pentru unul din următoarele PROGRAME de asigurare:

a) PROGRAMUL B, prin care sunt acoperite la producerea evenimentelor menționate la §8, în limita sumelor asigurate specificate mai jos și următoarele:

-asigurarea de accidente a asiguratului, pentru suma asigurată de 2.500 EURO;

-alte cheltuieli, în limita sumei de maximum 2.500 EURO respectiv:

-cheltuieli pentru vizitarea asiguratului spitalizat pe o perioadă mai mare de 10 zile de către o rudă de gradul I (părinți, copii);

-cheltuieli de repatriere a asiguratului în cazul decesului unei rude de gradul I (părinți, copii);

-cheltuieli de repatriere a copiilor sub 18 ani în cazul în care asiguratul este spitalizat pe o perioadă mai mare de 10 zile și nu există o altă persoană care să se îngrijească de ei.

Cheltuielile de repatriere se vor efectua doar cu trenul clasa I sau cu avionul la clasa economic, după examinarea posibilității de a folosi biletele asiguratului și, dacă este posibil, doar prin achitarea diferențelor.

b) PROGRAMUL C, prin care sunt acoperite, în limita sumelor asigurate specificate mai jos și următoarele:

- furtul, pierderea sau distrugerea bagajelor ori întârzierea primirii acestora, în limita sumei de maximum 1.000 EURO;

- răspunderea civilă legală a asiguratului, în limita sumei de maximum 2.000 EURO;

- cheltuielile suportate de asigurat pentru înlocuirea documentelor, în cazul furtului, pierderii sau distrugerii acestora, în limita sumei de maximum 200 EURO.

(4) Sumele asigurate de la PROGRAMUL B și C se acordă suplimentar față de suma asigurată menționată în contract pentru PROGRAMUL A.

(5) Riscurile menționate în PROGRAMELE B și C vor fi acoperite în baza prevederilor prezentelor condiții și ale condițiilor de asigurare suplimentară (din anexele la prezenta), aferente fiecăruia din aceste programe.

(6) Acoperirile de mai sus sunt valabile doar pentru programele care au fost menționate explicit în polița de asigurare.

10. (1) Pentru acoperirea cheltuielilor medicale și de repatriere enumerate la §9, alin.(1), respectiv din PROGRAMUL A, în cazul producerii evenimentelor menționate la §8, contractul de asigurare se încheie pentru sume asigurate maxime, stabilite la alegere de contractantul asigurării. Sumele asigurate sunt convenite cu asigurătorul și reprezintă limita maximă până la care ASIROM acoperă aceste cheltuieli.

(2) Pentru asigurările încheiate la sume asigurate mai mici sau egale cu 10.000 EURO, acoperirea cheltuielilor de repatriere ale asiguratului, cuprinse în PROGRAMUL A, se face distinct de suma asigurată aferentă acoperirii cheltuielilor medicale, iar pentru asigurările la care sumele asigurate sunt mai mari de 10.000 EURO, acoperirea cheltuielilor de repatriere este inclusă în suma asigurată aferentă acoperirii cheltuielilor medicale.

(3) Pentru suma asigurată de 100.000 EURO contractele de asigurare pot fi încheiate numai pentru Zona III, precizată mai jos.

11. (1) În funcție de destinația călătoriei asigurarea poate fi încheiată cu valabilitate pentru evenimente produse în:

a) ZONA I, reprezentând teritoriul Europei, inclusiv Turcia și Rusia;

b) ZONA II, reprezentând teritoriul tuturor țărilor lumii, cu excepția SUA și Canada;

c) ZONA III, reprezentând teritoriul tuturor țărilor lumii.

(2) În toate cazurile menționate la alin.(1) polița nu este valabilă pe teritoriul României.

(3) În cazul persoanelor cu dublă cetățenie și a persoanelor de cetățenie străină, dar cu reședința în România, în afara exceptării teritoriului României, asigurarea nu validează nici pe teritoriul statului/statelor în care acestea își au cetățenia/rezidența.

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

13. (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.

III. RĂSPUNDEREA ASIROM ȘI VALABILITATEA ASIGURĂRII

14. (1) Asigurarea intră în vigoare după emiterea contractului și plata integrală a primei de asigurare, de la ora 00:00 a zilei indicată în contract ca dată de început a răspunderii ASIROM și expiră la ora 24:00 a zilei desemnată ca dată de încetare a răspunderii ASIROM.
- (2) Răspunderea ASIROM începe numai sub condiția părăsirii teritoriului României și încetează la întoarcerea în țară, și numai pentru evenimente produse în afara teritoriului României. În situații deosebite stabilite de ASIROM și numai pentru cazurile în care se acceptă repatrierea asiguratului sau se repatriază corpul neînsuflețit al acestuia, se pot acoperi și cheltuielile efectuate de la intrarea în România până la domiciliul, unitatea sanitară sau locul de înhumare, după caz.
- (3) În cazul polițelor de afaceri – BUSINESS CARD, pentru fiecare călătorie, răspunderea ASIROM începe data specificată în documentul doveditor al părăsirii teritoriului României și încetează la

întoarcerea în țară, dar nu mai mult de 30 de zile de la data părăsirii României (luată inclusiv) și numai pentru evenimente produse în afara teritoriului României.

IV. PRIMA DE ASIGURARE

15. Prima de asigurare se calculează în baza tarifului de prime stabilit de Asirom în funcție de: durata asigurării, suma maximă asigurată, programul de asigurare ales, zona de valabilitate, scopul călătoriei și se plătește integral, anticipat, la încheierea la asigurării.
16. Persoanele cu vârsta cuprinsă între 61 de ani, inclusiv și până la maxim 75 ani, cu excepția celor care călătoresc în SUA și Canada, pot fi primite în asigurare numai cu majorarea primei de asigurare, stabilită de ASIROM prin tariful de prime.
17. Persoanele care călătoresc în străinătate în scopul angajării într-o activitate productivă, pentru a presta orice fel de muncă fizică, pentru a presta activități în construcții, șoferii profesioniști sau sportivi (profesioniști sau amatori) care călătoresc în străinătate pentru a participa la competiții sportive, inclusiv persoanele care în timpul călătoriei practică ocazional ski-ul, pot fi cuprinse în asigurare, cu excepția poliței Business Card, numai dacă plătesc prima de asigurare cu majorarea acesteia stabilită de ASIROM prin tariful de prime.
18. În cazul încheierii de polițe de asigurare, cu excepția poliței Business Card, pentru membrii familiei asiguratului ori pentru copii minori sau dacă asigurările se încheie la solicitarea unui contractant pentru grupuri de persoane care se deplasează în străinătate, în mod organizat, la prima de asigurare se acordă reducerile stabilite de ASIROM prin tariful de prime.
19. Obligația plății integrale a primei de asigurare, înainte de emiterea poliței de asigurare, revine persoanei cu care s-a încheiat contractul de asigurare.
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, 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) Dovada plății primelor revine contractantului / asiguratului.
(4) 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 cuvenită asiguratului sau beneficiarului.
21. Dacă se constată prime plătite în plus sau în minus:
 - a) Dacă se constată prime de asigurare plătite în plus, diferența dintre primele plătite și cele cuvenite se restituie contractantului. Când se restituie primele încasate în plus se rețin cheltuielile de încasare.
 - b) Dacă se constată că polița a fost emisă cu o primă mai mică decât cea tarifară, ori primele de asigurare achitate au fost mai mici

decât cele stabilite prin contractul de asigurare, suma de plată se reduce corespunzător raportului dintre prima plătită și cea cuvenită.

- c) Prevederile de la lit.b nu se aplică în cazul persoanelor pentru care condițiile de asigurare menționează că acestea nu pot fi primite în asigurare fără primă majorată. Pentru aceste persoane, în caz că se constată că primele de asigurare plătite au fost mai mici decât cele stabilite la 15-17, prin contractul de asigurare se vor acoperi numai cheltuielile implicate de alte evenimente asigurate decât cele determinate de: o activitate productivă sau prestarea oricărei fel de muncă fizică; de o activitate în construcții; de calitatea de șoferi profesioniști; de participarea la competiții sportive sau de practicarea chiar ocazională a ski-ului, iar pentru persoanele menționate la §16 ASIROM nu datorează nici o sumă, în acest caz se vor restituivprimele încasate diminuate cu cheltuielile suportate de ASIROM.

V. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

22. (1) În termen de cel mult 24 ore de la apariția evenimentului asigurat și înainte de angajarea oricărei cheltuieli, asiguratul sau un reprezentant al acestuia, trebuie să anunțe societatea de asistență prin telefon la nr: (+40)21 201 90 30 sau prin fax la nr: (+40)21 201 90 40 ori prin e-mail pe adresa: assistance@ro.april.com sau operations@ro.april.com și să comunice:
 - numele și prenumele asiguratului, numărul poliței de asigurare și perioada de valabilitate a acesteia;
 - locul unde se află asiguratul și numărul de telefon pentru a putea fi contactat de către reprezentanții societății de asistență;
 - detalii complete privitoare la evenimentul produs, problemele medicale apărute și natura îngrijirilor medicale solicitate.(2) În cazul în care este necesară repatrierea asiguratului accidentat sau bolnav, asiguratul sau un reprezentant al acestuia, trebuie să contacteze societatea de asistență prin telefon la nr: (+40)21.201.90.30 sau prin fax la nr: (+40)21 201 90 40 ori prin e-mail pe adresa: assistance@ro.april.com sau operations@ro.april.com și să comunice:
 - numele, adresa și numărul de telefon al spitalului unde a fost internat;
 - numele, adresa și numărul de telefon al medicului care îl tratează.(3) Asiguratul este obligat să permită accesul echipei medicale sau a reprezentanților societății de asistență pentru a evalua starea lui de sănătate, dacă acest lucru este posibil din punct de vedere medical și să elibereze orice doctor, institut medical sau personalul medical aferent, de obligațiile ce rezidă din păstrarea secretului medical. În cazul în care această obligație nu este îndeplinită, asigurătorul este îndreptățit să nu acopere cheltuielile medicale.
(4) De asemenea pentru soluționarea cazurilor asiguratul este obligat să furnizeze reprezentanților societății de asistență sau ASIROM, la solicitarea acestora, fișa sa medicală (cu istoricul medical).
(5) În caz de neîndeplinire de către asigurat a obligațiilor prevăzute mai sus, ASIROM are dreptul să refuze plata oricăror sume, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și cuantumul drepturilor din asigurare.

VI. PLATA DREPTURILOR DIN ASIGURARE

23. (1) În baza contractului de asigurare cu primele achitate integral, conform condițiilor de asigurare, ASIROM acoperă cheltuielile implicate de producerea evenimentelor asigurate direct furnizorilor de servicii medicale sau de alte tipuri de servicii incluse în asigurare, după caz, la care termenul pentru plata drepturilor din asigurare este de 40 de zile calendaristice de la data la care s-a acordat asistența medicală, respectiv de la data externării din spital ori data efectuării altor tipuri de servicii / producerii altor evenimente asigurate, asiguratul personal sau printr-un reprezentant al său având obligația de a respecta prevederile §22, precum și termenul impus de acestea.

(2) În situații deosebite în care starea de sănătate a asiguratului și regimul de urgență a cazului nu i-a permis acestuia să contacteze societatea de asistență, conform prevederilor §22, alin.(1-2), asiguratul sau persoana care a suportat cheltuielile implicate pentru asigurat (dar dovedit prin acte) poate solicita rambursarea cheltuielilor achitate direct de aceștia, pentru care se va depune la sucursala ASIROM care a încheiat contractul de asigurare o cerere, în scris, de rambursare a cheltuielilor, precum și următoarele documente:

- polița de asigurare, în original;
- copia actului de identitate al persoanei care depune cererea;
- copie după chitanța de plată a primelor;
- documentele medicale (raport medical, bilet de externare, foaie de observație, adeverințe medicale, certificate medicale, etc.) din care să rezulte diagnosticul medical și data evenimentului asigurat, în copie;
- documente de plată (facturi, chitanțe, note de plată, etc.), după caz, în original;
- fișa medicală (cu istoricul medical) a asiguratului, după caz;
- documente doveditoare ale achitării costurilor pentru Ski Pack achiziționat, din care să rezulte și perioada pentru care s-a achiziționat pachetul;
- sau alte acte necesare solicitate de ASIROM, după caz, pentru soluționarea cererilor de plată.

(3) Orice document medical solicitat de ASIROM va fi depus în original, pe cheltuiala persoanei solicitante.

(4) Documentele depuse vor fi însoțite de traducerea legalizată în limba Română sau într-o limbă de circulație internațională, efectuată de un traducător autorizat.

(5) În plus la asigurările încheiate pentru scopul călătoriei de afaceri, BUSINESS CARD, în caz de daună asiguratul este obligat să depună și următoarele documente : copie pașaport (după toate paginile), pentru țările din afara Uniunii Europene; documentul care atestă părăsirea teritoriului României (bilet de transport, chitanțe / facturi plată taxe la graniță vignete etc.) ; dovada șederii / cazării (rezervare hotel, etc) și o confirmare, în scris , din partea angajatorului care să ateste perioadele în care a fost plecat asiguratul în afara României.

24. (1) Termenul pentru plata drepturilor din asigurare în caz de depunere a unei cereri de rambursare a cheltuielilor implicate de producerea evenimentelor asigurate este de 40 de zile calendaristice de la data la care s-a acordat asistența medicală, respectiv de la data externării din spital ori data efectuării altor tipuri de servicii / producerii altor evenimente asigurate, dar nu mai târziu de 40 de zile calendaristice de la data expirării contractului de asigurare

(reprezentând data întoarcerii în țară a asiguratului), asiguratul, personal sau printr-un reprezentant al său, având obligația de a comunica la ASIROM despre producerea riscului asigurat și de a depune cererea de rambursare, precum și documentele necesare, prevăzute la §23, alin.(2), în termen de 5 de zile calendaristice de la data la care s-a acordat asistența medicală, respectiv de la data externării din spital ori data efectuării altor tipuri de servicii / producerii altor evenimente asigurate, dar nu mai târziu de 5 de zile calendaristice de la data expirării contractului de asigurare.

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

(3) În caz de neîndeplinire de către asigurat sau de persoana care a suportat cheltuielile pentru asigurat a obligațiilor prevăzute la alin.(1), ASIROM are dreptul să refuze plata oricăror sume, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și cuantumul drepturilor din asigurare.

(4) Cererea de despăgubire pentru costurile suportate de asigurat pe perioada cât Ski Pack a fost achiziționat și nefolosit, se va depune împreună cu cea pentru acoperirea cheltuielilor medicale ca urmare a producerii evenimentelor menționate la § 8, iar despăgubirea se acordă numai în cazurile în care asiguratul a fost spitalizat sau a fost necesar repausul acestuia la pat și se determină, proporțional, în funcție de costul Ski Pack-ului și numărul de zile cât beneficiile oferite de acest pachet nu au fost accesate de asigurat, respectiv numai pentru perioada spitalizării sau a repausului la pat.

VII. LIMITELE RĂSPUNDERII ASIROM

25. ASIROM nu are nici o obligație de plată a cheltuielilor care ar rezulta în următoarele situații:

- a) asiguratul sau o persoană care îl reprezintă nu a anunțat societatea de asistență, despre accidentarea sau îmbolnăvirea neașteptată și imprevizibilă a asiguratului și au fost efectuate deja cheltuieli fără respectarea prevederilor de la 22;
- b) au fost efectuate externări și transferări de la o unitate medicală la alta, fără acordul și instrucțiunile societății de asistență;
- c) au fost efectuate cheltuieli medicale înainte de intrarea în vigoare a poliței, după expirarea valabilității acesteia sau după revenirea asiguratului în România. În cazul în care evenimentul asigurat s-a produs în perioada de valabilitate a contractului dar necesită spitalizare și după expirarea valabilității poliței de asigurare ASIROM, în urma analizei cazului, poate extinde obligațiile de plată a cheltuielilor medicale, dar cel mult până la repatrierea asiguratului, efectuată potrivit prezentelor condiții de asigurare, dar nu mai mult de 10 zile de la data expirării asigurării;
- d) asiguratul refuză repatrierea propusă de societatea de asistență și efectuează în continuare alte cheltuieli medicale;
- e) deplasarea asiguratului în străinătate a fost efectuată în scopul tratamentului medical;
- f) se efectuează tratamente medicale stomatologice ca urmare a unor afecțiuni sau intervenții de acest gen invitate/efectuate înainte de intrarea în vigoare a poliței (cu excepția cheltuielilor implicate de salvarea vieții asiguratului, calmarea durerilor acute sau prevenirea unei durate mari de incapacitate de muncă);
- g) sunt implicate cheltuieli în legătură cu manifestările unei boli

- preexistente (boală instalată anterior intrării în vigoare a poliței);
- h) sunt implicate cheltuieli medicale în legătură cu un tratament medical început înainte de intrarea în vigoare a poliței sau dacă s-a efectuat călătoria, cu toate că medicul a interzis acest lucru;
 - i) sunt implicate cheltuieli medicale ocazionate de tratamente și intervenții chirurgicale oftalmologice cu excepția celor imediat impuse de urmările unui accident suferit în perioada de valabilitate a poliței;
 - j) sunt implicate cheltuieli medicale pentru examinarea și tratamentul unor afecțiuni care nu au fost urmarea unui accident sau a unei îmbolnăviri neașteptate și imprevizibile;
 - k) se efectuează cheltuieli de recuperare sau de îngrijire terapeutică;
 - l) sunt implicate cheltuieli medicale de chirurgie plastică, dacă acestea nu sunt imediat impuse de urmările unui accident suferit în perioada de valabilitate a poliței;
 - m) se efectuează cheltuieli medicale în legătură cu serviciile oferite în spital, de medici sau asistente, care nu sunt impuse de diagnosticarea și tratamentul aplicat asiguratului;
 - n) se efectuează cheltuieli pentru vaccinare profilactică, dezinfecție sau expertizare medicală precum și costurile tratamentelor efectuate de către o rudă a asiguratului;
 - o) se efectuează cheltuieli pentru repararea sau cumpărarea de echipamente medicale ajutătoare (ochelari, proteze, scaune cu roți, etc.);
 - p) sunt implicate cheltuieli / tratamente în centre de recuperare medicală sau sanatorii;
 - q) asiguratul sau o persoană care îl reprezintă refuză să pună la dispoziția asigurătorului copia fișei medicale personale sau orice documente medicale necesare rezolvării dosarului de plată;
 - r) asiguratul solicită rambursarea unor cheltuieli medicale după ce au trecut mai mult de 5 zile de la data expirării contractului de asigurare sau refuză să pună la dispoziția ASIROM documentele medicale originale, însoțite de traducerea legalizată în limba română sau într-o limbă de circulație internațională ori alte documente necesare solicitate de ASIROM.
 - s) sunt implicate cheltuieli medicale legate de folosirea unor metode de tratament care nu se regăsesc în practica sistemelor sanitare din țările Comunității Europene.
26. (1) Nu sunt acoperite prin asigurare urmările evenimentelor, inclusiv cheltuielile implicate, datorate:
- a) războiului (declarat sau nu), ostilității, invaziei, războiului civil, grevelor, tulburărilor sau revoltelor sociale ori actelor de terorism, cu excepția acoperirii pasive (acoperire pasivă însemnând că decesul sau prejudicierea corporală au fost suferite întâmplător, asiguratul nefiind implicat activ în evenimentele de mai sus);
 - b) afecțiunilor psihice sau psihiatrice;
 - c) auto rănirii intenționate, sinuciderii sau tentativei de sinucidere (efectuate cu sau fără discernământ);
 - d) participării la zboruri cu aparate cu motor, planoare sau alte mijloace de zbor, cu excepția cazurilor când asiguratul se află ca pasager plătit într-un avion al unei companii aeriene recunoscute;
 - e) consumul de alcool și narcotice de către persoana asigurată sau abuzul de medicamente;
 - f) practicării, chiar ocazională, a unor sporturi periculoase (cum sunt: parașutism, scufundări la care sunt folosite tuburi cu oxigen – cu excepția snorkeling de agrement, automobilism / motociclism / ciclism pe teren accidentat, lupte, săritura cu prăjina, călărie – cu

- excepția echitației de agrement, vânătoare, trageri cu arme, etc.) sau extreme (cum sunt: canioning, surfing, rafting, kayaking, kite-surfing, scuba-diving, windsurfing kiting, bungee-jumping, deltaplan, parapantă, tiroliană, abseiling, safari, raliuri, alpinism, motociclism MTB/BMX, ATV, role, skateboarding, snowkayaking, snowkiting, snowboarding, skiboarding, snowmobile, etc.), precum și participarea la curse auto-moto.
 - g) implicării în orice fel de activități subacvatice, cu excepția snorkelingului de agrement;
 - h) contracepției sau sterilizării;
 - i) investigațiilor în caz de infertilitate;
 - j) bolii sau stării medicale precare a asiguratului, pentru care se afla sub tratament sau de care știa că suferă la începutul valabilității poliței;
 - k) infecției cu virusul HIV, SIDA sau stări în legătură cu SIDA, precum și alte boli transmise pe cale sexuală;
 - l) participării active la săvârșirea unui act condamnabil penal.
 - m) activării permanente în cadrul unor Forțe Armate;
 - n) efectelor energiei atomice și/sau ale fisiunii sau reacțiilor nucleare;
 - o) bolilor declarate oficial de organe competente ca epidemii sau pandemii ori bolilor infecțioase sau parazitozelor endemice contractate pe perioada în care asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscută oficial drept zonă cu potențial de contaminare.
- (2) De asemenea, în prezentele condiții nu au fost incluse ca riscuri asigurate pentru care să se fi calculat ori plătit prime de asigurare și, ca urmare, nu sunt acoperite prin polițele de asigurare emise, evenimentele datorate stării de graviditate, avortului, nașterii sau maternității cu excepția celor imediat impuse de urmările unui accident suferit în perioada de valabilitate a poliței, astfel cum acesta este definit în prezentele condiții de asigurare.

VIII. DISPOZIȚII FINALE

27. Actele în legătură cu constatarea producerii evenimentelor asigurate, depuse și înregistrate la ASIROM, nu pot fi încredințate asiguraților ori altor persoane.
28. În tot cuprinsul prezentelor condiții generale și a condițiilor 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, respectiv restituirea a 70% din primele încasate efectiv.
29. Înainte de intrarea în vigoare a asigurării contractantul/asiguratul are dreptul să ceară încetarea contractului de asigurare, iar în acest caz ASIROM va restitui prima de asigurare, mai puțin cheltuielile suportate.
30. Drepturile minorilor convenite din asigurări se vor plăti în conformitate cu prevederile legale în vigoare la data efectuării acestor operațiuni.

31. (1) În limita sumelor plătite, asigurătorul este subrogat în toate drepturile asiguratului împotriva terțelor persoane vinovate de producerea evenimentului în care a fost implicat asiguratul.
(2) Asiguratul este obligat să conserve dreptul de regres al asigurătorului și răspunde de prejudiciile aduse acestuia prin acte care ar împiedica realizarea acestui drept.
32. Dacă asiguratul sau persoana care a suportat cheltuielile pentru asigurat încearcă să obțină prin fals sau fraudă sume din asigurare, contractul se consideră desființat de drept, fără a mai fi necesară vreo notificare și fără orice altă formalitate, iar în cazul în care indemnizațiile au fost deja plătite acestea vor fi recuperate.
33. ASIROM nu are nicio obligație de plată din asigurare dacă asiguratul sau persoana care a suportat cheltuielile pentru asigurat sau furnizorul de servicii 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.
34. ASIROM va furniza asiguratului sau contractantului asigurării, informațiile, în legătură cu contractul de asigurare,.
35. Datele cu caracter personal, definite conform legii, comunicate asigurătorului de către contractant și / sau asigurat, vor fi prelucrate de către ASIROM, cu respectarea prevederilor legale pentru protecția persoanelor fizice cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.
36. 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.
37. Asigurarea intră în vigoare numai după data emiterii poliței de asigurare și a încasării primelor de asigurare.

CONDIȚII DE ASIGURARE SUPLIMENTARE			
Tipul asigurării	Opțiunea clientului	Numărul paragrafelor aferente condițiilor suplimentare se asigurare	Numărul de pagini aferente (anexate)
1. PROGRAM B	_____ (DA/NU)	Capitolul IX - de la 39 la 48	2
2. PROGRAM C	_____ (DA/NU)	Capitolul X - de la 49 la 66	4

ALTE DETALII / INFORMAȚII PRIVIND ASIGURAREA, FURNIZATE 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 Norma Autorității de Supraveghere Financiară nr. 18/2017 privind procedura de soluționare a petițiilor referitoare la activitatea societăților de asigurare și reasigurare și brokerilor de asigurare. Orice petiție, cerere, reclamație se adresează în scris asigurătorului și este soluționată conform procedurilor interne ale societății, accesibile publicului la sediile și pe site-ul societății, termenul de răspuns la acestea fiind cel prevăzut de art. 5, alin.(8), din norma sus-menționată, respectiv 30 de zile de la data înregistrării petiției, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă. Această modalitate de soluționare a petițiilor nu limitează dreptul petentului de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară și/sau de a sesiza instanțele competente, potrivit legii.
- În conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți și în condițiile stabilite prin Regulamentul Autorității de Supraveghere Financiară nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SA L- FIN), consumatorul (asiguratul/contractantul/beneficiarul) are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a eventualelor litigii cu asigurătorul (comerciant), prin exprimarea acestei opțiuni, în scris, către SAL- FIN, direct la sediul SAL - FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Consumatorii pot supune litigiul procedurilor SAL administrate de SAL - FIN dacă fac dovada că, în prealabil, au încercat să soluționeze litigiul direct cu asigurătorul (comerciantul) în cauză. Procedurile administrate și organizate de către SAL - FIN nu aduc atingere dreptului persoanei de a apela la mediere, dreptului la formularea de petiții sau dreptului persoanei de a se adresa instanțelor judecătorești competente.
- 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 pagubite, din orice fel de asigurare, constituie venit neimpozabil (art. 62, lit. g din Codul Fiscal).
- În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane pagubite, în conformitate cu prevederile Legii nr.

213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților, prin contribuția asiguraților, se constituie Fondul de garantare a asiguraților destinat plăților de despăgubiri/indemnizații rezultate din contractele de asigurare, încheiate conform legii, în cazul insolvenței unui asigurat.

- Raportul privind solvabilitatea și situația financiară poate fi accesat pe Site ASIROM la adresa: <https://www.asirom.ro/rapoarte-anuale.html>.

**Societatea Asigurarea Românească -
ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.**

Agenția: _____

NUME, PRENUME ASIGURAT / CONTRACTANT:

NUME, PRENUME DISTRIBUITOR:

Am fost informat și am luat cunoștința 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 DISTRIBUITOR ASIROM: _____

COD ÎNREGISTRARE ASF: _____

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 Distribuitor 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.

Request to the Physician

The holder of the present International Travel Insurance policy is covered according to the general terms of the policy. In case of illness of the insured or accident, please contact the nearest APRIL INSURANCE REINSURANCE BROKER office. The addresses of APRIL INSURANCE REINSURANCE BROKER offices are enclosed in the policy. We kindly request you to enclose one control-slip of this policy with your invoice and send it to the APRIL INSURANCE REINSURANCE BROKER.

Thank you for your attention.

Monsieur le Docteur,

La personne titulaire de la police d'Assurance Voyage à L'Etranger bénéficie des conditions de prise en charge stipulées dans les Conditions Générales. Nous vous prions de bien vouloir joindre à votre facture un coupon de contrôle de cette police et l'envoyer au APRIL INSURANCE REINSURANCE BROKER la adresse est complète dans la police. Nous prions de contacter d'abord le APRIL INSURANCE REINSURANCE BROKER.

Avec nos remerciements.

Estimado Doctor,

La persona titular de la póliza de seguro para viajes en el extranjero beneficia de las condiciones de cobertura estipuladas en las Condiciones Generales. Le agradeceríamos que lo atiendan y que procedan de la manera siguiente para que podamos reemborsarles: tendrán a bien adjuntar a su factura un talón de control de esta póliza y enviarlo a la APRIL INSURANCE REINSURANCE BROKER senas en. Les rogamos se pongan en contacto primero con la APRIL INSURANCE REINSURANCE BROKER mencionado en la póliza de seguro.

Aprovechamos la ocasión para saludarles muy atentamente.

Sehr geehrter Herr Doktor,

Der Inhaber der Versicherungspolice für Ausland Reisen genießen Versicherungsschutz entsprechend den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Bestimmungen. Wir möchten Sie bitten, Ihrer Rechnung einen Kontrollabschnitt der Police beizufügen und ihn an das nächstgelegene APRIL INSURANCE REINSURANCE BROKER -Büro die Adresse in der Versicherungspolice angeben.

Mit freundliche Grüßen.