

Asigurarea facultativă de accidente Protect Asig

Condiții de Asigurare

Revizia 4 / Iunie 2025

Cuprins:

Condiții Generale de Asigurare	2
Definiții	2
Art. 1. Obiectul Asigurării	3
Art. 2. Încheierea contractului	3
Art. 3. Prima de Asigurare	3
Art. 4. Neplata primei de asigurare	4
Art. 5. Plata sumei / indemnizației asigurate	4
Art. 6. Declarații false	5
Art. 7. Încetarea Contractului de asigurare	5
Art. 8. Excluderi	5
Art. 9. Prelucrarea datelor cu caracter personal	6
Art. 10. Timpul operativ și teritorialitatea acoperirii. Alte prevederi Contractuale	6
Condiții Specifice de Asigurare	7
1. Acoperire pentru Deces din accident	7
2. Acoperire pentru Invaliditate Permanentă din accident	7
3. Acoperire pentru Convalescență post – spitalizare din accident	7
4. Acoperire pentru Spitalizare din accident	8
5. Acoperire pentru Intervenții chirurgicale din accident	8
6. Acoperire pentru Imobilizare în aparat ghipsat	8
7. Acoperire pentru Fracturi și Arsuri	8
8. Acoperire pentru Procurarea de proteze/orteze	9
9. Scala de indemnizare pentru invaliditate	10

Condiții Generale de Asigurare

Definiții

Asigurător: Asigurarea Românească – ASIROM Vienna Insurance Group S.A.;

Asigurat: Persoană cu cetățenie română sau cu rezidență în România cu vârsta cu prinsă între 1 un si 70 de ani și a cărei integritate corporală constituie obiectul Contractului de Asigurare de Accidente;

Accident: Eveniment imprevizibil, neintenționat din partea Asiguratului/Coasiguratului, care a survenit brusc și neașteptat, în perioada asigurată, datorat forțelor externe, violente și necontrolabile. Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor îmbolnăviri nu sunt acoperite (de exemplu: accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară; enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);

Afecțiune preexistentă: Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului/Coasiguratului diagnosticată de către un medic sau manifestată înaintea datei de început a Contractului, cu excepția bolilor care au fost vindecate în totalitate;

Aparat ghipsat: Aparat ortopedic destinat imobilizării externare a fracturilor/fisurilor alcătuit din fașă ghipsată;

Arsură: leziune cutanată sau a mucoasei, provocată de agenți fizici (căldura, radiațiile, electricitatea) și chimici;

Beneficiar: Asiguratul. În cazul decesului este persoana desemnată în contract de către asigurat să primească suma asigurată ca urmare a decesului acestuia.

Contractant: Persoana fizică sau juridică 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).;

Coasigurat: soțul/soția cu vârsta de maxim 65 de ani la intrarea în asigurare, copiii Asiguratului, cu vârsta cuprinsă între 1 și 25 ani. Coasiguratul trebuie să fie persoană cu cetățenie română sau cu rezidență în România;

Contract de asigurare: Polița de asigurare împreună cu condițiile de asigurare, oferta de asigurare, cererea/ declarația de asigurare precum și orice alte acte adiționale sau anexe la contract;

Franșiză: Suma de plată în sarcina Asiguratului/Coasiguratului, în raport cu beneficiile prezentelor condiții de asigurare;

Fractură: leziune, caracterizată prin întreruperea continuității unui os, leziune ce poate fi completă sau incompletă, cu sau fără deplasarea fragmentelor osoase. Din această categorie fac parte și fisurile osoase.

Îmbolnăvire (boală): Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării, diagnosticată de un medic, după data de început a contractului de asigurare și care face necesară accesarea serviciilor medicale în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare;

Intermediar de asigurări: Reprezentant de vânzări, persoană fizică sau juridică, alta decât o societate sau angajații acesteia și alta decât un intermediar de asigurări auxiliare, care inițiază sau desfășoară activitate de distribuție de asigurări în schimbul unei remunerații.

Indemnizație: suma de bani pe care o plătește Asigurătorul în cazul producerii unui risc asigurat și menționat în polița de asigurare.

Intervenție chirurgicală: procedură sau tehnică medicală efectuată de către un medic chirurg la recomandarea unui medic de specialitate, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: este practică într-un bloc operator al unei unități medicale (spital care are autorizare/acreditare explicită pentru furnizarea serviciului medical respectiv, din partea autorităților abilitate) și presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale. Sunt acoperite și intervențiile chirurgicale realizate laparoscopic, endoscopic sau fibroscopic;

Medic: Persoană care deține drept de liberă practică medicală, acreditată conform legislației;

Medicament: Substanță sau amestec de substanțe care prezintă proprietăți curative sau preventive în cazul unor afecțiuni, ca și orice produs care poate fi administrat în vederea stabilirii unui diagnostic medical sau a restaurării, corectării și modificării funcțiilor organice, și se regăsește în lista oficială a medicamentelor din România;

Medicina complementară/alternativă sau naturistă: Servicii medicale care nu sunt incluse în sistemul principal al serviciilor medicale de sanătate, dar folosite ca terapii adjuvante sau înlocuirea terapilor și tratamentelor clasice (exemple: proceduri terapeutice naturiste, biologice, de nutriție, bioelectromagnetice și energetice, apiterapie, aromaterapie, acupunctură, homeopatie, presopunctură, reflexoterapie, medicină tradițională chinezească etc.).

Perioada de valabilitate a politei: Perioada înscrisă în polița de asigurare, cuprinsă între data de început și sfârșit a politei și pe perioada căreia pot fi accesate serviciile medicale;

Perioada de păsuire: Perioada de 7 de zile după scadența unei rate de primă neachitate, în care se poate plăti prima restantă și în care răspunderea Asirom rămâne în vigoare;

Proteză: Structură artificială, dispozitiv sau aparat, care reconstituie o parte a corpului uman (Organ, membru sau o parte dintr-un membru) absentă, afectată sau distrusă;

Poliță de asigurare: Înscrisul probator al încheierii contractului de asigurare emis și semnat de asigurător;

Proceduri de subscriere/ evaluare a riscului: totalitatea normelor și reglementărilor stabilite de către Asigurător în scopul evaluării, cuantificării și clasificării riscului preluat, din punct de vedere financiar, medical, ocupațional și al stilului de viață;

Recomandare medicală/Raport medical: Document medical, eliberat de un medic de specialitate, ce conține următoarele informații: datele de identificare ale Asiguratului/Coasiguratului, simptomatologia prezentă la momentul consultului, diagnostic cert sau suspiciune în conformitate cu simptomatologia prezentată, istoricul simptomatologiei sau al diagnosticului menționat de medic în documentul medical, serviciile medicale detaliate și recomandate în conformitate cu simptomatologia și diagnosticul menționat de medic, data emiterii documentului medical, parafa și semnătura medicului care a emis documentul medical. Recomandarea medicală trebuie emisă în limita competențelor profesionale ale medicului. Recomandarea medicală este valabilă 90 de zile pentru afecțiuni acute/puseu acut de la data eliberării, iar pentru monitorizarea afecțiunilor cronice recomandarea nu trebuie să fie mai veche de 1 an de la data eliberării;

Reînnoire: Continuitatea valabilității contractului de asigurare, pentru o nouă perioadă, în condiții stabilite printr-o nouă poliță de asigurare;

Risc asigurat: Accident survenit în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare și care face necesară accesarea plății unei indemnizații în baza acoperirilor menționate în Polița de Asigurare;

Spitalizare: Forma de internare pentru tratarea urmărilor unui Accident sau Îmbolnăviri, care are loc într-o instituție de tratament acreditată în acest sens conform legislației (spital), pentru mai mult de 24h și se desfășoară prin întocmirea Foi de Observație Clinică Generală (FOCG). Spitalizarea

continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului/Coasiguratului;

Spital privat: Unitate medicală dotată cu paturi a carei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății și este înmatriculată la Oficiul Național al Registrului Comerțului ca firmă cu capital privat;

Spital de stat: Unitate medicală dotată cu paturi a carei funcționare și administrare este autorizată și reglementată de Ministerul Sănătății;

Sport extrem: este o activitate sportivă cu un grad ridicat de pericol inerent, ce implică de cele mai multe ori viteză, înălțime, un nivel ridicat de efort fizic sau echipamente specializate (de exemplu: utilizarea de parapante, parașutismul, deltaplanorismul, sărituri cu coarda elastică, rafting, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă, alpinism, mountain bike; enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);

Suma asigurată: Suma pentru care s-a încheiat asigurarea și în limita căreia Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare;

Tratament (medical / îngrijire medicală): ansamblul de mijloace igienice, dietetice, medicamentoase, balneare, climaterice, chirurgicale etc. cu care se tratează o Boală / Accident;

Tratament sau serviciu medical în scop estetic: Ansamblul de mijloace igienice, dietetice, medicamentoase, balneare, climaterice, chirurgicale etc. utilizate în vederea modificării aspectului fizic și care nu sunt neceare din punct de vedere medical pentru tratarea unei boli;

Art. 1. Obiectul Asigurării

1.1. Obiectul asigurării îl constituie integritatea corporală a Asiguraților/Coasiguraților.

1.2. Asigurarea se încheie pe o perioadă de minimum 3 luni și maximum 3 ani, cu posibilitatea reînnoirii la finalul perioadei asigurate.

1.3. În asigurare pot fi incluse persoanele fizice și membrii familiei acestora, denumiți și Coasigurați. Sunt considerați Coasigurați: soțul/soția cu vârstă de maxim 65 de ani și copiii cu vârstă cuprinsă între 1 și 25 ani. Persoanele care au o invaliditate permanentă mai mare de 50% nu pot fi primite în asigurare.

Includerea în asigurare a Coasiguraților, se poate face doar la momentul începerii poliței de asigurare. În cazul în care Coasiguratul nu a fost inclus în asigurare la data de început a poliței, atunci el poate fi inclus în asigurare cel mai devreme la reînnoirea contractului.

1.4. Contractantul are obligația de a informa Asigurații/Coasigurații cu privire la termenii contractuali.

Art. 2. Încheierea contractului

2.1. Contractul de Asigurare se încheie după ce Contractantul, Asiguratul/Coasiguratul au completat Cererea și Oferta de Asigurare, documente ce fac parte integrantă din Contractul de asigurare și a fost achitată prima de asigurare conform ofertei aleasă de Contractant.

2.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica starea de sănătate a Asiguratului/Coasiguratului, putând solicita efectuarea unui examen medical sau prezentarea unor documente suplimentare, importante din punctul de vedere al acceptării riscului ce urmează a fi asigurat.

2.3. Asigurătorul are dreptul de a solicita informații suplimentare referitoare la ocupațiile Asiguratului/Coasiguratului, rezidența, activitatea profesională, precum și la practicarea de sporturi sau hobby-uri.

2.4. Asigurătorul are dreptul de a verifica următoarele aspecte: existența interesului asigurabil, capacitatea Contractantului de a plăti primele de asigurare, justificarea sumei asigurate alese.

2.5. În urma evaluării datelor menționate mai sus, Asigurătorul poate dispune preluarea în asigurare în condițiile deja cunoscute de Contractant și Asigurat/Coasigurat la momentul completării cererii de asigurare sau poate dispune condiții speciale precum:

a) Preluarea în asigurare cu majorarea primei de asigurare și / sau cu aplicarea unor perioade de așteptare sau franșize;

b) Acceptarea asigurării cu anumite excluderi de natură medicală sau profesională. Aceste excluderi vor fi menționate în Polița de asigurare;

c) Refuzul încheierii asigurării, în cazul în care riscul este considerat major, urmând ca în termen de 30 de zile de la data înștiințării să restituie Contractantului prima de asigurare plătită, din care se rețin costul controlului medical (dacă acesta a fost efectuat).

Condițiile speciale propuse de Asigurător, vor fi comunicate către Contractant în termen de 30 de zile de la data primirii cererii de asigurare.

2.6. În cazul în care, în urma evaluării riscului de către Asigurător, Contractantul nu mai dorește încheierea asigurării, Asigurătorul va înapoia Contractantului prima achitată, mai puțin cheltuielile controlului medical (dacă acesta a fost efectuat).

2.7. În cazul acceptării încheierii Contractului de către Asigurător, acesta emite Polița de asigurare în conformitate cu datele cuprinse în Cererea de asigurare și ofertă și conform detaliilor stabilite după evaluarea riscului. Contractul este valabil începând cu ora 00:00 a datei de început specificată în Polița de asigurare și doar pentru riscurile menționate explicit în Polița de asigurare.

2.9. Pe durata desfășurării contractului de asigurare nu pot fi modificate acoperirile și limitele acestora. Modificarea acestora este posibilă doar la reînnoirea poliței de asigurare.

2.10. Modificări permise pe perioada derulării contractului: nume, prenume, adresa, date de contact ale Contractantului/ Asiguratului/ Coasiguratului.

Art. 3. Prima de Asigurare

3.1. În calculul primei de asigurare sunt incluși mai mulți factori precum: vârsta Asiguratului/Coasiguratului, limitele/sumele asigurate, frecvența de plată, tabela de mortalitate a populației României, costurile Asigurătorului, starea de sănătate, ocupația/profesia sau hobby-urile Asiguratului/Coasiguratului.

3.2. În cazul unui risc ridicat de mortalitate sau a unei stări de sănătate agravante a Asiguratului/Coasiguratului, Asigurătorul poate percepe o primă de asigurare mărită față de tariful standard sau poate acorda condiții speciale de includere în asigurare. Toate propunerile de modificare vor fi transmise către Contractant, iar polița va fi emisă doar după acceptul acestuia.

3.3. Prima de asigurare totală se plătește integral – pentru contractele cu o durată de mai mică de 1 an; anual sau în rate semestriale, trimestriale sau lunare pentru contractele cu durată de minimum 1 an.

3.4. Prima de asigurare trebuie plătită în întregime și la termen, pentru Asigurat și toți Coasigurații incluși în asigurare. În cazul în care prima de asigurare este achitată doar parțial, atunci Contractul se consideră a fi neachitat.

3.5. Plata Primelor de Asigurare va fi efectuată exclusiv prin modalitățile de plată indicate de către Asigurător (de ex: ordin de plată, transfer bancar, direct debit etc.). Contractantul Asigurării este răspunzător pentru efectuarea plății Primelor de asigurare scadente.

3.6. Plățile la care Contractantul se obligă prin Contractul de asigurare vor fi considerate ca fiind efectuate la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei la care instituția bancară a vizat instrucțiunea de plată dată de către Contractant sau a zilei în care Contractantul a achitat avansul de primă către reprezentantul Asirom. Instrucțiunea de plată, conținând datele complete și corecte privind plata, precum și transferul către contul

bancar al Asigurătorului, vizate în mod corespunzător de către instituția bancară sau chitanța electronică emisă de către reprezentantul Asirom, vor constitui dovada efectuării plății.

3.7. Primele de asigurare se vor achita doar în moneda în care s-a încheiat contractul de asigurare.

3.8. Contractanții persoane juridice vor efectua plata primelor de asigurare prin transfer bancar, ordin de plată sau direct debit, conform instrucțiunilor emise de către Asigurător și înscrise în contractul de asigurare.

3.10. La reînnoirea contractului, prima de asigurare va fi influențată de factorii enumerați în art. 3.1, de daunalitatea înregistrată în anul anterior de contract, dar și de eventualele solicitări ale Contractantului pentru modificarea acoperirilor și limitelor din Contractul de asigurare.

Art. 4. Neplata primei de asigurare

4.1. În cazul în care Contractantul nu achită prima de asigurare/ ratele de primă de asigurare la scadență, Asigurătorul acordă o **perioadă de grație** de 7 de zile pentru plata ratelor, începând cu data scadență a celei dintâi rate neachitate. În perioada de grație polița rămâne activă și răspunderea Asirom rămâne în vigoare;

4.2. În cazul în care prima de asigurare/ ratele de primă de asigurare nu sunt plătite în perioada de grație, acoperirea prin asigurare se întrerupe, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară și fără restituirea primelor plătite anterior. Acoperirea poate fi reluată (repusă în termen) într-o perioadă de maxim 30 de zile de la prima scadență neachitată, prin plata primelor de asigurare. În cazul în care scadențele restante nu sunt achitate, la expirarea termenului de 30 de zile, contractul de asigurare se reziliază de drept, fără punere în întârziere.

4.3. Repunerea în termen (reluarea acoperirii) are loc la ora 00.00 a zilei imediat următoare zilei în care s-au plătit integral primele/ratele de prime restante. Prin repunerea în vigoare, contractul va oferi acoperire numai pentru viitor. La reactivarea Contractului, Asigurătorul își rezervă dreptul de a face o nouă analiză a riscului.

Art. 5. Plata sumei / indemnizației asigurate

5.1. Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare conform riscurilor menționate în polița de asigurare cu respectarea Condițiilor Contractuale;

5.2. În cazul decesului din accident Asiguratului/Coasiguratului, plata indemnizației se face către beneficiarul/beneficiarii desemnați de aceștia. Desemnarea beneficiarului asigurării se face fie la încheierea contractului de asigurare, fie în cursul executării acestuia, prin declarația scrisă comunicată Asigurătorului de către asigurat sau, cu acordul Asiguratului, de către Contractantul asigurării ori prin testament întocmit de asigurat; În cazul în care nu s-a desemnat un beneficiar pentru riscul de deces din accident, indemnizația de asigurare intră în masa succesorală, iar drepturile din asigurare se plătesc moștenitorilor legali ai asiguratului / coasiguratului, în baza certificatului de moștenitor.

5.3. Înlocuirea sau revocarea beneficiarului asigurării se poate face oricând în pe parcursul contractului de asigurare;

5.4. Dacă Asiguratul a înlocuit Beneficiarul printr-un testament redactat ulterior înscrierii Beneficiarului în poliță, Asirom plătește suma asigurată persoanei desemnate prin testament. Dacă însă Asirom achită suma asigurată persoanei indicate în poliță înainte ca prevederile testamentului să-i fi fost aduse la cunoștință, plata făcută rămâne valabilă.

5.5. Drepturile minorilor cuvenite din asigurări, în calitate de beneficiari ori moștenitori legali, se vor plăti în conformitate cu prevederile legale în vigoare la data efectuării acestor operațiuni.

5.6. Suma/indemnizația asigurată se plătește Asiguratului sau Beneficiarului desemnat conform prevederilor stabilite prin condițiile speciale, dacă primele sunt achitate la zi, ori nu s-a depășit perioada de grație de 7 zile.

5.7. Drepturile din asigurare se plătesc independent de sumele cuvenite asiguratului/ coasiguratului sau beneficiarului din asigurările sociale, de repararea prejudiciului de către cei răspunzători de producerea sa, precum și de sumele primite de la alți asigurători în temeiul altor contracte de asigurare, cu excepția acelor sume destinate acoperii cheltuielilor medicale suportate de asigurat/coasigurat

5.8. Creditorii asiguratului nu au dreptul să urmărească suma / indemnizația asigurată cuvenită beneficiarilor asigurării sau moștenitorilor asiguratului/ coasiguratului, după caz.

5.9. Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica starea de sănătate a Asiguratului. De asemenea, Asigurătorul are dreptul de a solicita și alte documente medicale care au legătură cu accidentul pentru care se solicită despăgubire, necesare pentru soluționarea dosarului de daună, cu scopul verificării corectitudinii acordării despăgubirii. Orice document medical solicitat de Asirom va fi depus în copie, pe cheltuiala asiguratului. Actele medicale doveditoare ce vor fi prezentate de asigurați 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.

5.10. Pentru plata indemnizației de asigurare documentația necesară este:

a) cererea de asigurare și acordul GDPR;

b) copia actului de identitate a Asiguratului/Coasiguratului / beneficiarului desemnat, după caz;

c) în caz de deces din accident al asiguratului / coasiguratului, documentele de la lit.b și în plus: copia certificatului de deces, copia actului constatator al decesului, copia certificatului de moștenitor;

d) la plata sumei asigurate ca urmare a unui accident, cei în drept a primi suma asigurată trebuie să prezinte, în afara actelor prevăzute mai sus, și procesul - verbal pentru înregistrarea accidentului de muncă, dacă accidentul s-a produs la locul de muncă al asiguratului; dacă accidentul s-a produs în altă parte se prezintă procesul - verbal ori alte acte eliberate de organele competente care au constatat și cercetat cauzele și împrejurările accidentului, din care să rezulte data, locul și împrejurările accidentului; în cazul accidentelor pentru care nu s-au încheiat procese - verbale de constatare de către organele competente, data, locul și împrejurările accidentelor pot fi dovedite și prin adeverințe eliberate de organele sanitare care au dat primul ajutor după accident, sau prin orice mijloace legale de probă, inclusiv, în lipsa altor probe, cu declarații de martori certificate de primării sau date în fața organelor Asirom. În cazul accidentelor auto se vor depune obligatoriu rezultatul alcoolemiei și al testelor privind substanțele psihoactive

e) decizia medicală de încadrare într-un grad de invaliditate, emisă de medicul specializat în expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă, sau un certificat medical constatator al invalidității permanente eliberat de autoritatea competentă, în conformitate cu legislația în vigoare în România și din care să rezulte gradul de invaliditate permanentă și respectiv și procentul acesteia;

f) acte medicale din care să rezulte data accidentului, perioada de spitalizare, de asistență ambulatorie sau de convalescență, tratamentul medical urmat de asigurat și data încetării spitalizării sau a tratamentului (concediului) medical;

g) fișa medicală (cu istoricul medical) a asiguratului, bilet de externare (în cazul spitalizării și intervențiilor chirurgicale), certificate medicale, recomandări medicale, rețete, bon fiscal, facturi sau alte acte necesare solicitate de Asiom, după caz, pentru soluționarea cererilor de plată.

5.11. Asiguratul/ Coasiguratul are obligația de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele justificative de decontare în original, conform celor menționate mai sus, în termen de 30 de zile calendaristice de la data la care acesta a suferit riscul asigurat, respectiv de la data externării din spital, sub sancțiunea decăderii din dreptul a mai solicita indemnizația corespunzătoare. Termenul de 30 de zile este un termen de decădere agreat de părți, astfel cum prevede art. 2545 din Codul civil. Termenul de plată a drepturilor din asigurare de către Asigurător este de 15 zile de la data la care Asiguratul/Coasiguratul a depus toate documentele solicitate de Asigurător

5.12. Asigurătorul nu decontează nu plătește indemnizațiile de asigurare dacă cei în drept să le primească nu și-au îndeplinit obligațiile prevăzute în Condițiile de asigurare sau dacă au trecut mai mult de 2 ani de la termenul pentru plata sumelor rezultate din asigurare.

5.13. Asigurătorul își rezervă dreptul de a reduce sau de a nu plăti indemnizația de asigurare, în cazul în care se constată tentative de fraudă din partea Asiguratului/Contractantului/Coasiguratului. În eventualitatea în care se constată efectuarea unor plăți necuvenite din partea Asigurătorului, acesta își rezervă dreptul de a se întoarce împotriva Asiguratului/Coasiguratului/ Beneficiarilor, pentru recuperarea sumelor plătite în mod eronat.

5.14. Asiom plătește sumele/indemnizațiile asigurate numai cu condiția ca primele de asigurare datorate să fi fost plătite în condițiile și la termenele prevăzute în contract.

Art. 6. Declarații false

6.1. Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Contractant/Asigurat/Coasigurat, cu privire la împrejurări (în special cu privire la vârsta, la starea de sănătate ori la starea de invaliditate a asiguratului) 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 Asiom, care poate cere și plata primelor cuvenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

6.2. Declarația inexactă, falsă sau reticența din partea Asiguratului/Coasiguratului ori a Contractantului asigurării, a căror rea-credință nu a putut fi stabilită, nu atrage nulitatea contractului. În această situație, la constatarea declarației inexacte, false sau reticenței, Asigurătorul are dreptul:

- a) să nu ofere acoperire pentru evenimentele rezultate în urma declarației inexacte, false sau reticente.
- b) să mențină contractul de asigurare, solicitând majorarea primei de asigurare,
- c) să rezilieze contractul la împlinirea unui termen de 10 zile de la data notificării primite de Asigurat/Contractant, restituindu-i acestuia din urmă primele plătite anterior aferente perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează;

6.3. În cazul rezilierii de către Asigurător a Contractului de asigurare pentru declarații false/incomplete, Asigurătorul este degrevat de orice obligații.

Art. 7. Încetarea Contractului de asigurare

Contractul de Asigurare încetează în următoarele cazuri:

- a) la termen: la ora 24:00 a ultimei zile din perioada pentru care s-a încheiat asigurarea și s-au plătit primele de asigurare datorate;
- b) ca urmare a renunțării la Contract în maximum 20 de zile de la data emiterii Poliței de asigurare. În acest caz, prima de asigurare plătită va fi returnată Contractantului fără a fi purtătoare de dobândă.
- c) la data denunțării/rezilierii Contractului de asigurare de către una dintre părți (Asigurător/Contractant/Asigurat), inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare. Denunțarea Contractului de asigurare de către una din părți se poate efectua numai cu notificarea scrisă, prealabilă, a celeilalte părți, cu cel puțin 20 de zile înaintea denunțării. În cazul denunțării Contractului de asigurare, primele de asigurare plătite în avans vor fi restituite Contractantului, pentru perioada de asigurare rămasă neacoperită, numai dacă nu s-au plătit sau nu se datorează indemnizații de asigurare pentru riscurile asigurate produse în perioada de valabilitate a asigurării. În caz de restituire a primei, orice fracțiune de lună începută se consideră lună întreagă și se calculează începând cu aniversarea lunară a următoare chiar dacă scadența e mai mare de o lună. Restituirea de primă se face la solicitarea scrisă a Contractantului. Fără a aduce atingere celor de mai sus, în cazul în care plata primei de asigurare este stabilită în rate subanuale, Asigurătorul poate denunța Contractul de asigurare exclusiv cu începere de la data scadenței a următoarei rate de primă, Asiguratul/Contractantul urmând să fie înștiințat cu cel puțin 20 de zile în prealabil.
- d) la data decesului Asiguratului;
- e) ca urmare a neplății primelor de asigurare.

Art. 8. Excluderi

Dacă nu este specificat altfel în Polița de asigurare, atunci Asiom nu plătește suma/indemnizația asigurată dacă evenimentele asigurate au fost prilejuite:

- a) de sinuciderea asiguratului, în termen de 2 ani de la încheierea contractului de asigurare;
- b) cu intenție de asigurat sau de beneficiarul asigurării;
- c) de comiterea sau încercarea de comitere cu intenție de către asigurat ori de beneficiar a unor fapte incriminate de dispozițiile legale ca infracțiuni săvârșite cu intenție, inclusiv cele privind circulația pe drumurile publice;
- d) de operațiuni militare în timp de război (declarat sau nu), de invazie sau actul de ostilitate a unui dușman străin;
- e) de război civil, revoluție, rebeliune, insurecție, acte de terorism, acțiunea puterilor militare ori uzurpatoare, răsccoală, greve ori de tulburări civile;
- g) de explozie, de acțiunea unor substanțe explozive, toxice, radioactive, corosive, nucleare, poluante ori de contaminare din orice cauză, urmare a celor de la lit.d;
- h) reacții nucleare, radiații nucleare și contaminări radioactive;
- i) de urmările practicării, chiar ocazionale, a unor sporturi periculoase (cum sunt: parașutism, scufundări, automobilism pe teren accidentat, lupte, săritura cu prăjina, călărie, vânătoare- alta decât ca sportiv legitimat, etc.) sau extreme (cum sunt: - nautice: canioning, surfing, rafting, kayaking, kitesurfing, scubadiving, windsurfing etc.; - în aer: kiting, bungee-jumping, deltaplan, parapanta etc.; - terestre: safari, raliuri, alpinism, motociclism, MTB/BMX, role, skateboarding etc.; - pe zăpadă: ski, snowkayaking, snowboarding, snowkiting etc.);

- j) în timpul unei ascensiuni montane, acolo unde în mod normal se utilizează frânghii și materiale de alpinism, cu excepțiile prevăzute de condițiile speciale de asigurare;
- k) de urmările afecțiunilor psihice sau psihiatrice, consecințele consumului de alcool, medicamente sau narcotice ale persoanei asigurate;
- l) de urmările unor boli ori simptome ale unor boli ori condiții de boală sau handicap preexistente (reprezentând boală instalată înainte de începerea răspunderii AsiroM), dacă în condițiile speciale nu se menționează altfel;
- m) de afecțiuni neoplazice diagnosticate în primele șase luni de la data de început a asigurării;
- n) de infecția cu virusul HIV, SIDA sau stări în legătură cu SIDA sau orice condiție medicală legată de sindrom sau orice boală legată direct sau indirect de orice infecție HIV sau sindrom;
- o) de boli declarate oficial de organe competente ca epidemii sau pandemii ori boli 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.

Art. 9. Prelucrarea datelor cu caracter personal

9.1. Asiguratorul prelucrează datele dvs. personale în conformitate cu "Informarea ASIROM privind prelucrarea datelor cu caracter personal", a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 Aprilie 2016 (denumit în continuare GDPR) și a celorlalte prevederi legale aplicabile în materia protejării datelor cu caracter personal. „Informarea ASIROM privind prelucrarea datelor cu caracter personal” poate fi accesată în orice moment pe pagina web a societății: www.asirom.ro.

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

9.3. Asiguratul/Contractantul, prin semnarea contractului de asigurare, declară că a înțeles că furnizarea de date cu caracter personal reprezintă o obligație necesară pentru încheierea contractului de asigurare iar scopul principal al prelucrării datelor cu caracter personal este încheierea și administrarea contractului de asigurare. Suplimentar acestui scop principal, datele personale sunt prelucrate și pentru următoarele scopuri:

- a) ofertarea și emiterea polițelor de asigurare, gestionarea contractelor de asigurare/ polițelor, inclusiv reînnoirea acestora, soluționarea daunelor, cedarea în reasigurare;
- b) efectuarea de profiluri și luarea deciziilor automate pentru evaluarea riscurilor asigurate și calculul primelor de asigurare; activitatea este necesară doar în cazul încheierii anumitor categorii de contracte de asigurare, prin raportare la suma asigurată;
- c) marketing, pentru informarea și acordarea de beneficii de loialitate, și pentru îmbunătățirea permanentă a calității serviciilor și produselor oferite (transmiterea de știri, promoții, produse noi); raportări interne sau către alte entități ale grupului din care ASIROM face parte;
- d) efectuarea de analize statistice / actuariale; soluționarea reclamațiilor și a solicitărilor din partea clienților;
- e) soluționarea potențialelor litigii, înaintate instanțelor (de drept comun sau arbitrale, din țară sau străinătate);
- f) identificarea clienților, efectuarea de verificări de integritate și detectarea și prevenirea potențialelor fraude (de exemplu prevenirea plăților nejustificate ale dosarelor de daună);
- g) comunicări sau raportări către autoritățile, instituțiile sau agențiile de stat sau guvernamentale abilitate;
- h) asigurarea măsurilor de securitate necesare (supraveghere audio-video);
- i) recuperarea creanțelor, acțiuni în regres.

9.4. Refuzul de furnizare a unor date cu caracter personal poate conduce la:

- i) imposibilitatea Asiguratorului de a încheia contractul de asigurare ori de a continua relația contractuală cu Asiguratul/ Contractantul/ Co-asiguratul/ Beneficiarul;

sau

- ii) imposibilitatea Asiguratorului de a-și onora obligațiile asumate față de Asiguratul/Contractantul/Co-asiguratul/Beneficiarul politei.

9.5. În situația în care acționați în calitate de reprezentant legal al unui Beneficiar/Asigurat minor/reprezentant al unei persoane juridice, prin semnarea contractului de asigurare, declarați că aveți capacitatea legală de a reprezenta cu drepturi depline Beneficiarul/Asiguratul minor/reprezentantul unei persoane juridice și de a încheia contractul de asigurare în numele acestuia.

9.6. Prin semnarea contractului de asigurare Asiguratul/ Contractantul/ Coasiguratul declară că a luat la cunoștință și înțelege conținutul „Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal”, declară că are acordul persoanelor ale căror date le furnizează și ca se obligă să o transmită tuturor persoanelor ale căror date cu caracter personal le furnizează pentru emiterea poliței de asigurare, în vederea informării corecte a acestora.

9.7. Prin semnarea contractului de asigurare Asiguratul/ Contractantul/Co-asiguratul declară și garantează în mod expres ca i-a fost adusă la cunoștință posibilitatea de a-și exercita dreptul de acces la date, dreptul de rectificare și de ștergere, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de opoziție și dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrare automată, inclusiv crearea de profile, precum și dreptul de adresare către justiție.

Art. 10. Timpul operativ și teritorialitatea acoperirii. Alte prevederi Contractuale

10.1. Prezentă asigurare este valabilă în întreaga lume.

10.2. Acoperirile sunt valabile 24h /24h.

10.3. Contractul de asigurare este guvernat de legislația din România.

10.4. Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile Primelor de asigurare sau Indemnizațiilor de asigurare sunt în sarcina Contractantului, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

10.5. Orice neînțelegere între părțile contractante va fi soluționată pe cale amiabilă. Reclamațiile/ petițiile vor fi transmise, în scris, la Sediul social al Asiguratorului. Asiguratorul va soluționa reclamațiile în termen de 30 de zile de la data primirii acestora, în cazul în care nu sunt necesare alte informații sau documente pentru soluționarea reclamației. În acest din urmă caz, termenul de 30 de zile se prelungește proporțional cu durata transmiterii documentelor/ informațiilor solicitate. Asiguratorul transmite răspunsul la reclamație/ petiție prin mijloacele de comunicare agreate între părți (poștă, e-mail, etc.). În cazul în care soluționarea cazului pe cale amiabilă nu este posibilă, părțile se pot adresa instanțelor de judecată sau autorităților competente.

10.6. Prevederile prezentelor Condiții generale de asigurare se aplică împreună cu prevederile Condițiilor specifice de asigurare, precum și cu dispozițiile legale în vigoare. Prevederile Condițiilor specifice de asigurare se completează cu prevederile Condițiilor generale de asigurare, în măsura în care există contradicții între prevederile Condițiilor specifice și a Condițiilor generale de asigurare, condițiile specifice primează.

Condiții Specifice de Asigurare

1. Acoperire pentru Deces din accident

1. În cazul decesului Asiguratului/Coasiguratului ca urmare a unui Accident survenit pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare și în termen de 1 an de la data Accidentului, Asiguratorul va achita indemnizația de deces din accident în limita menționată în polița de asigurare.
2. Prezenta Condiție de asigurare suplimentară de deces din accident se aplică numai împreună cu prevederile Condițiilor generale, și se completează cu acestea.

2. Acoperire pentru Invaliditate Permanentă din accident

Definiții:

Invaliditate permanentă: Pierderea în mod permanent și ireversibil, anatomică sau a capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului / Coasiguratului, ca urmare a unui Accident survenit pe perioada de valabilitate a asigurării și nesusceptibilă de ameliorări și care a fost consolidată în maxim un an de la data evenimentului. Invaliditatea permanentă acoperită prin asigurare este cea prevăzută în „**Scala de indemnizare pentru invaliditate**”.

Eveniment asigurat: Invaliditatea permanentă a Asiguratului / Coasiguratului, ca urmare a unui Accident survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare,

Descrierea acoperirii:

1. Invaliditatea permanentă este acoperită prin asigurare dacă evenimentul asigurat s-a produs pe perioada de valabilitate a asigurării și Invaliditatea permanentă s-a ivit în decurs de cel mult un an de la data Evenimentului asigurat.
2. În baza contractului de asigurare încheiat, pentru care primele de asigurare au fost achitate la termenele stabilite, Asirom va plăti, la producerea Evenimentului asigurat, o indemnizație pentru invaliditate permanentă a cărei valoare este calculată ca procent din Suma asigurată pentru acoperirea Invaliditate permanentă, înscrisă în Contractul de asigurare, în conformitate cu gradul de invaliditate corespunzător, specificat în „**Scala de indemnizare pentru invaliditatea permanentă**”.
3. În caz de pierdere anatomică sau de reducere funcțională a unui organ sau a unui membru deja deficient (indiferent de cauza deficienței), procentele indicate în „**Scala de indemnizare pentru invaliditate permanentă**” vor fi micșorate, ținând seama de gradul de invaliditate preexistent.
4. În cazurile de invaliditate permanentă incontestabilă, examinarea Asiguratului / Coasiguratului, stabilirea procentului de invaliditate permanentă și plata sumei asigurate se pot face înainte de terminarea tratamentului.
5. În celelalte cazuri, stabilirea procentului de invaliditate permanentă se face la terminarea tratamentului, dar nu mai devreme de două luni.
6. În cazul în care, în urma unui eveniment asigurat se produc mai multe invalidități permanente din cele specificate în „Scala de indemnizare pentru invaliditate permanentă”, suma totală de plată de către Asirom se calculează adunând procentele aferente fiecăreia dintre acestea, dar până la procentul maxim de 100%. Starea de invaliditate trecătoare (temporară) nu se ia în considerare la stabilirea invalidității permanente.
7. Plata sumelor cuvenite pentru invaliditate permanentă se face Asiguratului / Coasiguratului, independent de plățile efectuate pentru alte riscuri cuprinse în asigurare.
8. În situația în care Invaliditatea Permanentă Parțială diagnosticată nu se regăsește exact în denumirile precizate în „**Scala de indemnizare pentru invaliditatea permanentă**”, Asirom va stabili, prin medicul său autorizat, cota procentuală corespunzătoare unui grad de invaliditate similar, prin echivalare cu unul din cazurile incluse în tabel.
9. Termenul pentru plata drepturilor din asigurare, în caz de invaliditate permanentă, este de minim 2 luni până la maximum un an de la data evenimentului, Asiguratul / Coasiguratul având obligația de a comunica la Asirom despre producerea riscului asigurat și de a depune cererea de plată, precum și documentele necesare, prevăzute în Condițiile Generale, în termen de 5 de zile calendaristice de la data terminării tratamentului medical, dar nu mai târziu de un an de la data evenimentului.
10. Prezenta Condiție de asigurare suplimentară pentru invaliditate permanentă se aplică numai împreună cu prevederile Condițiilor generale și se completează cu acestea.

3. Acoperire pentru Convalescență post – spitalizare din accident

Definiții:

Convalescență post-spitalizare: starea de imposibilitate temporară a Asiguratului/Coasiguratului de a desfășura munca salariată sau purtătoare de profit, prestată de acesta până în momentul producerii Accidentului. În sensul prezentelor condiții suplimentare de asigurare, Convalescența post-spitalizare urmează obligatoriu unei perioade de Spitalizare continuă și nu include perioada de spitalizare.

Eveniment asigurat: Convalescența post-spitalizare a Asiguratului / Coasiguratului, ca urmare a unui Accident survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, dacă acoperirea „Convalescență post-spitalizare din Accident” este înscrisă în polița de asigurare;

Descrierea acoperirii:

1. Dacă Evenimentul asigurat, petrecut în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, are drept urmare o convalescență post-spitalizare a Asiguratului / Coasiguratului, dovedită pe baza existenței unui certificat de concediu medical emis pe numele Asiguratului / Coasiguratului de către un medic abilitat în acest sens, și dacă acest concediu medical urmează unei Spitalizări continue mai mari de 3 zile, Asirom plătește indemnizația prevăzută în Contractul de asigurare, înmulțită cu numărul de zile de Convalescență post-spitalizare menționat în certificatul de concediu medical, după deducerea franșizei, dacă aceasta a fost înscrisă în Contractul de asigurare.

2. Dacă nu se precizează altfel în Polița de asigurare, numărul maxim de zile de Convalescență post-spitalizare plătite pentru un Asigurat / Coasigurat este de 30 de zile într-un an de asigurare, după deducerea franșizei, dacă aceasta a fost înscrisă în Contractul de asigurare.
3. Prin această asigurare suplimentară nu pot fi asigurate persoanele care nu desfășoară o muncă salarială sau purtătoare de venit.
4. Prezenta Condiție de asigurare suplimentară de convalescență post-spitalizare se aplică numai împreună cu prevederile Condițiilor de asigurare generale și se completează cu acestea.

4. Acoperire pentru Spitalizare din accident

Definiții:

Eveniment asigurat: Spitalizarea Asiguratului / Coasiguratului, ca urmare a unui Accident survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, dacă asigurarea suplimentară pentru „Spitalizare din Accident” este înscrisă în Polița de Asigurare.

Descrierea acoperirii:

1. În cazul în care Asiguratul / Coasiguratul este internat într-un Spital ca urmare a unui accident, Asirom va plăti indemnizația zilnică prevăzută în Polița de Asigurare, înmulțită cu numărul de nopți de spitalizare, după deducerea franșizei, dacă aceasta a fost înscrisă în Polița de Asigurare.
2. Dacă nu a menționat altfel în Polița de asigurare, atunci numărul maxim de zile de spitalizare continuă plătite pentru un Asigurat / Coasigurat este de 30 de zile, într-un an de asigurare;
3. Prezenta Condiție de asigurare suplimentară de spitalizare se aplică numai împreună cu prevederile Condițiilor generale și se completează cu acestea.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire serviciile care au legătura cu chirurgia BMF precum și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare. De asemenea, nu se consideră Spitalizare internarea în: unitățile destinate îngrijirii persoanelor Coasigurate de alcool sau de substanțe psihoactive; unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni; unitățile medico-sociale sau spitalele, ori secțiile destinate internării cazurilor sociale; structurile denumite “spitalizare de zi”; instituțiile de îngrijiri medicale la domiciliu; sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie; clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare, cu excepția tratării urmărilor unui accident; sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de pneumoftizilogie sau ftiziologie, cu excepția situațiilor în care din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicațiile acesteia; unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală, cu excepția situațiilor în care se efectuează tratamente recuperatorii pentru un Accident petrecut în perioada de valabilitate a asigurării

5. Acoperire pentru intervenții chirurgicale din accident

În cazul în care Asiguratul / Coasiguratul este internat într-un spital privat sau de stat și este supus unor intervenții chirurgicale, ca urmare a unui Accident produs în perioada de valabilitate a poliței de asigurare, Asirom va plăti o indemnizație procentuală stabilită în funcție de durata spitalizării respective, astfel: 15% pentru spitalizări între 1 și 5 zile, 25% pentru spitalizări între 6 și 14 zile, 50% pentru spitalizări între 15 – 20 de zile, respectiv 100% pentru spitalizările care au avut o durată de cel puțin 21 de zile.

2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, intervenția chirurgicală trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a unui medic specialist iar zilele de spitalizare aferente trebuie să fie justificate de starea medicală a Asiguratului/Coasiguratului conform fișei de externare.
3. Totalul plăților efectuate de Asigurător pentru intervenții chirurgicale, în perioada de valabilitate a poliței, nu poate să depășească suma asigurată prevăzută în contractul de asigurare pentru acest risc.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire serviciile care au legătura cu chirurgia BMF precum și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare. De asemenea, nu se consideră Spitalizare internarea în: unitățile destinate îngrijirii persoanelor Coasigurate de alcool sau de substanțe psihoactive; unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni; unitățile medico-sociale sau spitalele, ori secțiile destinate internării cazurilor sociale; structurile denumite “spitalizare de zi”; instituțiile de îngrijiri medicale la domiciliu; sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie; clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare, cu excepția tratării urmărilor unui accident; sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de pneumoftizilogie sau ftiziologie, cu excepția situațiilor în care din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicațiile acesteia; unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală, cu excepția situațiilor în care se efectuează tratamente recuperatorii pentru un Accident petrecut în perioada de valabilitate a asigurării.
5. Acoperirea este valabilă doar dacă este menționată în Polița de asigurare.

6. Acoperire pentru imobilizare în aparat ghipsat

1. Dacă Accidentul petrecut în perioada asigurată are drept urmare imobilizarea Asiguratului/Coasiguratului într-un aparat ghipsat sau similar (corset medical, orteză, bandaj medical), Asigurătorul plătește Indemnizația de asigurare stabilită în Polița de asigurare pentru fiecare zi de imobilizare, pentru o perioadă maximă de 30 de zile într-un an de asigurare.
2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului specialist
3. Acoperirea este valabilă doar dacă este menționată în polița de asigurare.

7. Acoperire pentru fracturi și arsuri

1. În cazul în care, Asiguratul/ Coasiguratul, în urma unui accident produs în perioada de valabilitate a poliței de asigurare, suferă o Fraktură/Arsură, Asigurătorul va plăti o indemnizație de asigurare calculată prin înmulțirea Sumei asigurate cu procentul aferent leziunii respective, conform procentelor și prevederilor din „Scala de indemnizare pentru fracturi și arsuri din accident”.
2. Pentru Fracturi sau Arsuri multiple, procentele de indemnizare se cumulează, însă nu pot depăși 100% din suma asigurată. Totalul despăgubirilor pentru Fracturi sau Arsuri din Accident pe an de asigurare per Asigurat / Coasigurat nu poate depăși 100% din suma asigurată înscrisă pentru această clauză în Contractul de asigurare.

3. Pentru orice Fractură sau Arsură neprecizată în „Scala de indemnizare pentru fracturi și arsuri din accident”, Asigurătorul va indemniza, prin analogie cu o leziune de gravitate comparabilă, după aprecierea sa.
4. Pentru această acoperire plata indemnizațiilor se va efectua în conformitate cu articolele din Condițiile generale de asigurare.
5. Acoperirea este valabilă doar dacă este menționată în polița de asigurare
6. Scala de indemnizare pentru fracturi și arsuri din accident:

DESCRIEREA TIPULUI DE FRACTURĂ / ENTORSĂ / LUXAȚIE / FISURĂ OSOASĂ / ARSURĂ	PROCENT DIN SUMA ASIGURATĂ (%)
1. Fractura craniu	60
2. Fractură două sau mai multe vertebre, corp și arc vertebral	50
3. Fractură femur	50
4. Fractură gambă - ambele oase	30
5. Fractură pelvis	30
6. Fractură humerus	25
7. Fractură antebraț-ambele oase	20
8. Fractură mandibulă, maxilar sau fracturi complexe ale oaselor feței	20
9. Fractura claviculă, omoplat, antebraț sau gambă un singur os	15
10. Fractură stiloidă radială sau cubitală, carpiene, metacarpene	10
11. Fractură maleolă cubitală sau radială, tarsiene, metatarsiene, calcaneu sau rotulă	10
12. Fractura izolată a oaselor feței (oase nazale, orbită, zigomatic sau sinus maxilar)	10
13. Fractură 1- 3 sau mai multe coaste, sau stern	10
14. Fractura unei vertebre, corp sau arc vertebral	10
15. Fractură a unui deget de la mână sau picior	5
16. Fractură dentară	5
17. Fisuri osoase	2
18. Arsura de gradul doi pe o suprafață de până la 5% din corp	5
19. Arsura de gradul doi pe o suprafață de 5-10% din corp	10
20. Arsura de gradul trei sau patru pe o suprafață de până la 5% din corp	10
21. Arsura de gradul doi pe o suprafață de 10-25% din corp	15
22. Arsura de gradul trei sau patru pe o suprafață de 5-10% din corp	20
23. Arsura de gradul doi pe o suprafață de 25-50% din corp	30
24. Arsura de gradul doi pe o suprafață de peste 50% din corp	45
25. Arsura de gradul trei sau patru pe o suprafață de 10-25% din corp	70
26. Arsura de gradul trei sau patru a organelor senzoriale	100
27. Arsura de gradul trei sau patru pe o suprafață de peste 25 % din corp	100

8. Acoperire pentru Procurarea de proteze/orteze

1. Dacă Accidentul produs în perioada de valabilitate a Contractului, are drept urmare necesitatea ca Asiguratul / Coasiguratul să utilizeze, pentru prima dată, proteze/orteze, Asigurătorul va acoperi costurile protezelor/ ortezelor, o singură dată pe an de asigurare în limita sumei asigurate specificate în Poliță. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat / Coasigurat.
2. Sunt considerate proteze, respectiv orteze, următoarele: proteze interne sau externe pentru membre; aparate auditive; centură ortopedică; încălțăminte ortopedică; corsaj ortopedic.
Nu sunt acoperite costurile pentru repararea, reconstrucția sau înlocuirea unei proteze/orteze deja existente ori a celei procurate în baza contractului de asigurare.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, costurile procurării de proteze/orteze trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului specialist.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare. De asemenea, sunt excluse din prezenta acoperire costurile legate de protezele dentare, ceramica dentară, implantul dentar, cosmetica dentară, cu excepția celor recomandate expres de către medicul specialist și acceptate de către Asigurător, dacă au fost efectuate ca urmare a consecințelor unui Accident petrecut în perioada asigurată.

9. Scala de indemnizare pentru invaliditate

A. INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ:

DESCRIEREA TIPULUI DE INVALIDITATE PERMANENTĂ	PROCENT DIN SUMA ASIGURATA -%-
1.Pierdere totală a văzului ambilor ochi	100
2.Pierdere totală a ambelor antebrațe (de la cot la mână) și a ambelor mâini	100
3.Surditate completă a ambelor urechi de origine traumatică	100
4.Pierdere mandibulei	100
5.Pierdere totală a vorbirii	100
6.Pierdere totală a unui antebraț (de la cot la mână) și a unui picior	100
7.Pierdere totală a unei mâini și a unui picior	100
8.Pierdere totală a unei mâini și a unui membru inferior	100
9.Pierdere totală a membrilor inferioare	100
10.Pierdere totală a ambelor picioare	100

B. INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ:

B.1 - CAP:

DESCRIEREA TIPULUI DE INVALIDITATE PERMANENTĂ	PROCENT -%-
1.Pierdere substanței osoase a craniului în toată grosimea,	
-pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	40
- pe o suprafață de 3-6 cm ²	20
-pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10
2.Pierdere parțială a mandibulei, integral în secțiune verticală sau jumătate din osul maxilarului	40
3.Pierdere totală a văzului la un ochi	40
4.Surditatea completă la o ureche	30

B.2 - MEMBRE SUPERIOARE:

DESCRIEREA TIPULUI DE INVALIDITATE PERMANENTĂ	DREAPTA -%-	STÂNGA -%-
5.Pierdere anatomică a membrului superior de la nivelul umărului	70	60
6.Pierdere a unui antebraț (de la cot la mână) și a mâinii	60	50
7.Pierdere considerabilă a substanței osoase a antebrațului (de la cot la mână, leziune definitivă și incurabilă)	50	40
8.Paralizia totală a membrului superior (leziune incurabilă a nervilor)	65	55
9.Paralizia totală a nervului circumflex	20	15
10.Anchiloza articulației scapuloumorale	40	30
11.Anchiloza cotului cu fixație într-o poziție favorabilă (15 grade în jurul unui unghi drept)	25	20
12.Anchiloza cotului cu fixație într-o poziție nefavorabilă	40	35
13.Pierdere considerabilă a masei osoase din două oase ale antebrațului (leziune definitivă și incurabilă)	40	30
14.Paralizia totală a nervului median	45	35
15.Paralizia totală a nervului radial la zona de torsiune	40	35
16.Paralizia totală a nervului radial de la nivelul antebrațului	30	25
17.Paralizia totală a nervului radial de la nivelul mâinii	20	15
18.Paralizia totală a nervului cubital	30	25
19.Anchiloza articulația mâinii în poziție favorabilă (drept în pronație)	20	15
20.Anchiloza articulația mâinii în poziție nefavorabilă (îndoire sau extensie tensionată sau supinație)	30	25
21.Amputarea totală a degetului mare	20	15
22.Pierdere parțială a degetului mare (falanga distală)	10	5
23.Anchiloza totală a degetului mare	20	15
24.Amputarea totală a degetului arătător	15	10
25.Pierdere totală a două falange de la arătător	10	8
26.Pierdere totală a falangei distale de la arătător	5	3
27.Amputarea simultană a degetului mare și arătătorului	35	25
28.Pierdere totală a degetului mare și a unui deget, altul decât arătătorul	25	20
29.Pierdere totală a două degete, altele decât degetul mare și arătătorul	12	8
30.Pierdere totală a trei degete, altele decât degetul mare și arătătorul	20	15
31.Pierdere totală a patru degete, inclusiv degetul mare	45	40
32.Pierdere totală a patru degete, exclusiv degetul mare	40	35
33.Pierdere totală a degetului mijlociu	10	8
34.Pierdere totală a unui deget, altul decât degetul mare, arătătorul și mijlociu	7	3

B.3 - MEMBRELE INFERIOARE:

DESCRIEREA TIPULUI DE INVALIDITATE PERMANENTĂ	PROCENT -%-
35.Pierdere totală a coapsei (de la nivelul jumătății superioare)	60
36.Pierdere totală a gambei (jumătate inferioară) și a piciorului	50
37.Pierdere totală a piciorului (dezarticulare tibio-tarsiană)	45
38.Pierdere parțială a piciorului (dezarticulare osului sub gleznă)	40
39.Pierdere parțială a piciorului (dezarticulare medio-tarsiană)	35
40.Pierdere parțială a piciorului (dezarticulare tarso-tarsiană)	30
41.Paralizia totală a membrului inferior (leziune incurabilă a nervilor)	60
42.Paralizia completă a nervului sciatic popliteu extern	30
43.Paralizia completă a nervului sciatic popliteu intern	20
44.Paralizia completă a doi nervi (sciatic extern și intern în regiunea poplitee)	40
45.Anchiloza articulației șoldului	40
46.Anchiloza genunchiului	20
47.Pierdere substanței osoase din femur și ambele oase ale gambei (leziune incurabilă)	60
48.Pierdere substanței osoase din genunchi cu separarea considerabilă a fragmentelor și dificultăți considerabile de mișcare în întinderea piciorului	40
49.Pierdere substanței osoase din genunchi cu păstrarea posibilității de mișcare	20
50.Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm	30
51.Scurtarea membrului inferior cu 3-5 cm	20
52.Scurtarea membrului inferior cu 1-3 cm	10
53.Amputarea totală a tuturor degetelor de la picior	25
54.Amputarea a patru degete de la picior, inclusiv degetul mare	20
55.Pierdere totală a patru degete	10
56.Pierdere totală a degetului mare	10
57.Pierdere totală a două degete	5
58.Amputarea unui deget, altul decât degetul mare	3
Notă: -Pierdere absolută și iremediabilă a funcționalității unui organ, sistem sau membru este considerată ca pierdere anatomică a acestuia; - Pentru anchiloza degetelor de la mână (altele decât degetul mare și arătătorul) și de la picior (altele decât degetul mare) procentul este de numai 50% din procentul prevăzut mai sus pentru pierderea acestora.	

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 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 ASIROM 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.5alin.(8) din norma susmenționată, 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 (SAL-FIN), consumatorul (asiguratul/contractantul/beneficiarul) are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a eventualelor litigii cu ASIROM (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 asiguratorul (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 păgubite, din orice fel de asigurare, constituie venit neimpozabil (art.62, lit.g din Codul Fiscal).
- ⇒ În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, în conformitate cu prevederile Legii nr.213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților, prin contribuția Asiguratorilor, se constituie **Fondul de garantare a asiguraților** destinat plăților de despăgubiri/indemnizații rezultate din contractele de asigurare, încheiate conform legii, în cazul insolvenței unui ASIROM.
- ⇒ Prevederile art. 5.11, art. 6, art. 7 lit. b) și c) și art. 8 din Condițiile de asigurare și prevederile de la punctul 4 subpunctul 4, punctul 5 subpunctul 4, punctul 6 subpunctul 2, punctul 7 subpunctele 2 și 3, punctul 8 subpunctele 2, 3 și 4 sunt acceptate în mod expres de către contractant / asigurat, în sensul art. 1.203 Cod civil.

NUME, PRENUME CONTRACTANT/ASIGURAT ȘI SEMNĂTURĂ:

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

1) CONTRACTANT

.....
semnătură

Agentia:

Nume / Prenume Distribuitor:

.....

2) ASIGURAT

.....
semnătură

Cod Distribuitor ASIROM:

.....

Cod Înregistrare ASF:

.....

NUME, PRENUME COASIGURAT ȘI SEMNĂTURĂ:

1)
semnătură

Am informat Contractantul de continutul integral al condițiilor de asigurare și am predat un exemplar însoțit de polița de asigurare.

2)
semnătură

.....

3)
semnătură

Semnătură Distribuitor ASIROM

Data

4)
semnătură

Cititi 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 agentii 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.