

**Condiții generale pentru asigurarea în caz de accident
(CGAAT 2015 / nivelul 1)**

- GRAWE ROMÂNIA ASIGURARE S.A. -

Cuprins

Secțiunea A: Protecția prin asigurare

- Articolul 1: Obiectul asigurării
- Articolul 2: Evenimentul asigurat
- Articolul 3: Teritorialitate
- Articolul 4: Durata contractului
- Articolul 5: Data începerii protecției prin asigurare
- Articolul 6: Noțiunea de accident

Secțiunea B: Plata despăgubirilor

- Articolul 7: Invaliditate permanentă
- Articolul 8: Deces
- Articolul 9: Incapacitate totală de muncă
- Articolul 10: Spitalizare, fracturi
- Articolul 11: Cheltuieli în caz de accident
- Articolul 12: Paralizie infantilă, meningoencefalita transmisă prin înțepătura de căpușe, boala Lyme (borelioza)
- Articolul 13: Plăți suplimentare
- Articolul 14: Scadența plății despăgubirii și prescripția drepturilor asupra despăgubirii
- Articolul 15: Proceduri în caz de divergențe de opinie (comisie medicală)

Secțiunea C: Limitările protecției prin asigurare

- Articolul 16: Excluderi
- Articolul 17: Limitările obiective ale protecției prin asigurare

Secțiunea D: Obligațiile contractantului asigurării

- Articolul 18: Prima de asigurare, începutul și încetarea protecției prin asigurare, asigurarea combinată
- Articolul 19: Schimbarea profesiei sau ocupației, precum și activitățile deosebit de periculoase practicate în timpul liber de către asigurat
- Articolul 20: Obligații
- Articolul 21: Schimbarea numelui sau adresei contractantului asigurării
- Articolul 22: Obligația de notificare a circumstanțelor periculoase la momentul încheierii contractului

Secțiunea E: Alte prevederi contractuale

- Articolul 23: Definiții generale
- Articolul 24: Rezilierea, expirarea contractului
- Articolul 25: Statutul juridic al persoanelor implicate în contract
- Articolul 26: Legislația aplicabilă
- Articolul 27: Corespondența oficială (formă scrisă)
- Articolul 28: Contractul de asigurare
- Articolul 29: Beneficiari
- Articolul 30: Reglementări speciale pentru plata despăgubirii

Articolul 31: Prelungirea contractului; reduceri acordate

Articolul 32: Indexarea

Secțiunea A: Protecția prin asigurare

Articolul 1: Obiectul asigurării

Asigurătorul oferă protecție prin asigurare dacă asiguratul suferă un accident.

Despăgubirile sunt prevăzute în secțiunea B. Din polița de asigurare rezultă despăgubirile și sumele asigurate convenite.

Articolul 2: Evenimentul asigurat

Evenimentul asigurat este reprezentat de producerea unui accident, așa cum este definit în art. 6.

Articolul 3: Teritorialitate

Teritorialitatea contractului de asigurare este nelimitată, cu condiția ca în polița de asigurare să nu existe prevederi speciale.

Articolul 4: Durata contractului

Sunt asigurate accidentele care intervin pe durata valabilității protecției prin asigurare.

Articolul 5: Începutul protecției prin asigurare

Contractul de asigurare începe odată cu plata primei inițiale, iar protecția prin asigurare începe la data indicată în poliță, cel mai devreme în ziua imediat următoare plății primei inițiale.

Nu este acoperită de protecția prin asigurare perioada cuprinsă între intrarea în vigoare a contractului de asigurare și data indicată în poliță ca început al protecției prin asigurare.

Articolul 6: Noțiunea de accident

1. Se consideră accident evenimentul care se produce independent de voința asiguratului, care are efect spontan și din exterior asupra corpului său din punct de vedere mecanic sau chimic și care aduce cu sine o vătămare corporală sau decesul.

2. Se consideră accidente și următoarele evenimente care se produc fără voia asiguratului:

- înec, respectiv sufocare sub apă, precum și vătămări ale sănătății ce sunt tipice pentru scafandri (barotraumatisme, embolie gazoasă, boală de decompresie)

- arsuri, opăririi, efectele fulgerului sau ale curentului electric

- inhalarea de gaze sau vapori, ingerarea de substanțe otrăvitoare, excluzând cazul în care aceste acțiuni se petrec treptat

- luxarea membrelor, precum și întinderea și ruperea mușchilor, tendoanelor, ligamentelor și capsulelor la membre și la coloana vertebrală, precum și leziunile meniscului. În cazul în care aceste afecțiuni au drept cauză afecțiuni anterioare, se aplică art. 17, punctele 2 și 3.

3. Bolile, inclusiv bolile transmisibile și infecțiile, nu sunt considerate accidente și nici consecințe ale unui accident. Paralizia infantilă, meningoencefalita transmisă prin înțepătura de căpușe, boala Lyme (borelioza) transmisă prin înțepătura de căpușe (în cadrul prevederilor art. 12), tetanosul și rabia sunt incluse în asigurare dacă sunt provocate de un accident conform pct. 1.

4. Protecția prin asigurare se referă și la accidente ale asiguratului ca pasager într-un aparat de zbor care este admis pentru transportul de persoane.

Pasagerul este o persoană care nu participă la conducerea vehiculului aerian, nu este membru al echipajului și nici nu

exercită o activitate profesională în timpul folosirii vehiculului aerian.

Secțiunea B: Plata despăgubirilor

Articolul 7: Invaliditate permanentă

1. Condiții pentru despăgubire:

- Asiguratul suferă un accident în urma căruia rezultă o invaliditate permanentă în ceea ce privește starea sa fizică sau psihică.

- Invaliditatea se stabilește în termen de 1 an de la data producerii accidentului, așa cum este definit la art. 6 punctul 1. Solicitarea despăgubirii de la asigurător se efectuează în termen de 3 ani de la data accidentului prin prezentarea unui raport medical constatator referitor la tipul și nivelul de afectare a sănătății și la posibilitatea ca invaliditatea rezultată să fie permanentă.

- Dacă despăgubirea nu este solicitată în acest termen, pretenția de despăgubire se prescrie, respectiv nu mai poate fi solicitată, iar Asigurătorul este absolvit de la plata despăgubirii.

- Nu pot fi revendicate despăgubiri pentru invaliditate dacă persoana asigurată decedează din cauza accidentului, în termen de un an de la producerea acestuia.

2. Tipul și valoarea despăgubirii:

2.1. În cazul pierderii totale sau a incapacității totale de funcționare a părților corpului și organelor de simț menționate în continuare se aplică exclusiv următoarele grade de invaliditate:

- un braț	70%
- o mână	60%
- un police	20%
- un index	10%
- un alt deget	5%
- un picior până la jumătatea gambei	50%
- un deget mare de la picior	5%
- un alt deget de la picior	2%
- capacitatea vizuală a ambilor ochi	100%
- capacitatea vizuală a unui ochi	45%
- când capacitatea vizuală a celuilalt ochi era deja pierdută total înainte de producerea evenimentului asigurat	65%
- capacitatea auditivă a ambelor urechi	60%
- capacitatea auditivă a unei urechi	30%
- când capacitatea auditivă a celeilalte urechi era deja pierdută permanent înainte de producerea evenimentului asigurat	45%
- capacitatea olfactivă	10%
- capacitatea gustativă	5%
- splină	10%
- rinichi	20%
- în cazul în care cel de-al doilea rinichi era deja afectat înainte de producerea evenimentului asigurat sau în cazul în care ambii rinichi sunt afectați ca urmare a producerii evenimentului asigurat, pentru determinarea gradului de invaliditate permanentă se va aplica punctul 3 de mai jos.	
- vocea	30%

2.2. În cazul pierderii totale sau parțiale a funcțiunii părților corpului sau organelor mai sus menționate se vor aplica reglementările punctului anterior. În cazul reducerii parțiale a funcțiunii sau pierderii parțiale a brațelor sau picioarelor, procentajul se va aplica proporțional pentru întreaga extremitate.

3. Pentru alte părți ale corpului și organe de simț, gradul de invaliditate se determină după măsura în care este afectată per total capacitatea fizică sau psihică normală. Pentru aceasta va fi luat în considerare exclusiv punctul de vedere medical. În cazul în care respectivele părți ale corpului sau organe de simț ori funcțiile acestora erau deja permanent afectate încă de dinainte de accident, atunci gradul de invaliditate se va reduce cu gradul invalidității preexistente.

4. În cazul în care din cauza accidentului sunt afectate mai multe părți ale corpului sau organe de simț, se cumulează gradele de invaliditate calculate conform prevederilor de mai sus. Gradul de invaliditate nu poate să fie niciodată mai mare de 100%.

5. În decursul unui an de la accident se plătește despăgubirea pentru invaliditate numai în cazul în care tipul și nivelul urmărilor accidentului poate fi stabilit fără echivoc din punct de vedere medical.

6. În cazul în care proporția invalidității permanente nu a fost stabilită definitiv din punct de vedere medical, atât asigurătorul cât și asiguratul sunt îndreptățiți să dispună constatarea proporției invalidității anual, pe o perioadă de 4 ani de la ziua accidentului.

Dacă prin stabilirea unei proporții mai mari rezultă o despăgubire mai mare decât aceea pe care a plătit-o asigurătorul, diferența de sumă se va plăti în decurs de o lună de la determinarea sumei definitive.

7. Valoarea plății despăgubirii pentru gradul de invaliditate permanentă stabilit conform punctelor 2 până la 4 depinde de varianta de despăgubire convenită la momentul respectiv.

7.1. Invaliditate permanentă cu despăgubire lineară

Valoarea despăgubirii corespunde gradului de invaliditate permanentă.

7.2. Invaliditate permanentă cu despăgubire progresivă până la 200% (progresie 200)

De la un grad de invaliditate stabilit de:

- 1% până la 50%: valoarea despăgubirii corespunde sumei rezultate din gradul de invaliditate permanentă

- 51% până la 75%: valoarea despăgubirii pentru cota ce depășește 50% din suma rezultată din gradul de invaliditate permanentă se dublează

- 76% până la 100% valoarea despăgubirii pentru cota ce depășește 50% din suma rezultată din gradul de invaliditate permanentă se triplează

7.3. Schema despăgubirilor pentru invaliditate conform modelelor de la punctele 7.1 și 7.2

Gradul invalidității permanente (%)	Despăgubire lineară (%) (art. 7, pct. 7.1)	Despăgubire progresivă până la 200% (%) (art. 7, pct. 7.2)
1 - 50	despăgubire egală cu gradul invalidității	despăgubire egală cu gradul invalidității
51	51	52

52	52	52
53	53	56
54	54	54
55	55	60
56	56	56
57	57	64
58	58	66
59	59	68
60	60	70
61	61	72
62	62	74
63	63	76
64	64	78
65	65	80
66	66	82
67	67	84
68	68	86
69	69	88
70	70	90
71	71	92
72	72	94
73	73	96
74	74	98
75	75	100
76	76	128
77	77	131
78	78	134
79	79	137
80	80	140
81	81	143
82	82	146
83	83	149
84	84	152
85	85	155
86	86	158
87	87	161
88	88	164
89	89	167
90	90	170
91	91	173
92	92	176
93	93	179
94	94	182
95	95	185
96	96	188
97	97	191
98	98	194
99	99	197

100	100	200
-----	-----	-----

Articolul 8: Deces

1. Dacă decesul are loc în decurs de un an de la ziua accidentului ca urmare a acestuia, asiguratorul va plăti suma asigurată pentru deces din accident.

2. La plata sumei pentru cazul de deces din accident se vor lua în calcul plățile deja efectuate pentru invaliditate permanentă provocată de același eveniment. Asiguratorul nu poate să pretindă restituirea diferenței rezultate din plata unei despăgubiri mai mari pentru invaliditatea permanentă din accident.

3. În caz de deces din accident al unui asigurat cu vârsta sub 15 ani, despăgubirea se va limita la cheltuielile necesare rezonabil efectuate pentru funeralii, fără a depăși suma asigurată.

Articolul 9: Indemnizație zilnică pentru incapacitate totală de muncă

Dacă persoana asigurată suferă în urma unui accident o invaliditate temporară sau permanentă, asiguratorul plătește indemnizație zilnică pe durata incapacității totale de muncă a persoanei asigurate pentru cel mult 365 de zile în decursul a patru ani de la data accidentului. În baza prezentelor condiții, prin incapacitate totală de muncă se înțelege prejudicierea corporală caracterizată prin reducerea semnificativă a potențialului fizic, psiho-senzorial sau intelectual și care nu permite persoanei asigurate desfășurarea în condiții normale a ocupației / meseriei sale.

Pentru plata indemnizației este necesar ca în urma accidentului, așa cum este definit în articolul 6, să survină o întrerupere a activității profesionale generatoare de venituri.

Articolul 10: Spitalizare, fracturi

1. Se acordă indemnizație de spitalizare pentru fiecare zi calendaristică în care asiguratul este internat într-un spital pentru a fi tratat în urma unui eveniment asigurat, pentru cel mult 365 de zile în termen de 4 (patru) ani de la data producerii accidentului.

În cazul în care tratamentul durează neîntrerupt minimum 15 zile, atunci despăgubirea pentru indemnizația de spitalizare se majorează cu 50% începând cu cea de-a 15-a zi calendaristică.

În cazul în care tratamentul se efectuează în străinătate, deoarece accidentul s-a produs în străinătate sau tratamentul nu poate fi făcut în România, despăgubirea pentru indemnizația asigurată de spitalizare se majorează cu 50 % începând cu prima zi de spitalizare calendaristică.

2. Sunt considerate spitale instituțiile pentru bolnavi aprobate de Ministerul Sănătății, care se află sub conducere și supraveghere medicală permanentă și care nu se limitează la aplicarea unor anumite metode de tratament, precum și centrele de reabilitare ale asiguraților sociale și spitalele instituțiilor.

3. Nu sunt considerate spitale instituțiile private de reabilitare, instituțiile de tratament și îngrijire pentru bolnavii de plămâni, bolnavii cronici, centrele de odihnă și tratament, căminele de bătrâni și instituțiile de tratament și îngrijire pentru suferinzi de boli neuropsihice.

4. În cazul fracturilor produse în urma unui accident, asiguratorul va plăti o indemnizație unică stabilită în polița de asigurare, indiferent de numărul oaselor fracturate în urma accidentului. Asiguratorul plătește indemnizația unică pentru

fracturi și în cazul în care în urma accidentului este afectat un cartilaj de creștere, astfel încât este necesar un tratament medical.

Articolul 11: Cheltuieli în caz de accident

Se plătesc despăgubiri pentru cheltuielile prilejuite de accident, apărute în termen de 4 ani de la data accidentului, până la nivelul stabilit în polița de asigurare, dacă nu se pot obține despăgubiri de la casele de asigurări sociale sau alt furnizor de servicii. Cheltuielile în caz de accident reprezintă:

1. Cheltuieli de vindecare, sunt cheltuielile apărute pentru înlăturarea urmărilor accidentului, conform recomandării medicului și sub supravegherea acestuia. Între acestea se numără coplata, contribuțiile directe ale asiguratului la serviciile medicale, costurile necesare pentru transportul rănitului pentru tratament inițial, pentru prima achiziționare a protezelor pentru membre și protezelor dentare, precum și a altor prime achiziții necesare conform opiniei medicale; alte costuri pentru asistența psihologică necesară conform prescripției medicale.

Costurile pentru călătorii și instituții balneare și de odihnă, alte costuri pentru repararea sau reechiziționarea unei proteze dentare, unei proteze pentru membre sau a altor dispozitive artificiale nu vor fi despăgubite.

2. Cheltuieli de salvare care sunt necesare în cazul în care asiguratul:

2.1. a suferit un accident sau se află în pericol pe apă sau pe uscat și trebuie salvat, fiind vătămat sau nevătămat

2.2. a decedat din cauza unui accident sau pericol pe apă sau pe uscat și trebuie recuperat.

Cheltuielile de salvare reprezintă costurile dovedite pentru căutarea asiguratului și transportului acestuia până la cea mai apropiată stradă circulabilă sau până la cel mai apropiat spital sau cabinet medical de locul accidentului.

3. Cheltuielile de transport

Cheltuielile cu transportul determinat de accident și recomandat de medic pentru asiguratul accidentat, în afara zonei sale de domiciliu, de la locul accidentului până la spitalul la care a fost adus asiguratul după accident, respectiv la spitalul cel mai apropiat de domiciliul său. În cazul accidentului mortal se suportă și cheltuielile transportării decedatului la ultimul său domiciliu din România.

Articolul 12: Paralizia infantilă, meningoencefalita transmisă prin înțepătura de căpușe: boala Lyme (borelioza)

Protecția prin asigurare se extinde asupra urmărilor paraliziei infantile, meningoencefalitei transmise prin înțepătura de căpușe și bolii Lyme (borelioza) transmise prin înțepătura de căpușe, în cazul în care boala este constatată prin examen serologic și se declanșează cel mai devreme la 15 zile de la începutul, respectiv cel mai târziu la 15 zile de la expirarea asigurării.

Debutul bolii (data evenimentului asigurat) se consideră data la care a fost consultat pentru prima oară un medic din cauza bolii al cărei diagnostic este paralizia infantilă, meningoencefalita transmisă prin înțepătura de căpușe sau boala Lyme (borelioza).

Despăgubirea se plătește numai în caz de deces sau invaliditate permanentă. Despăgubirea maximă este suma asigurată menționată în poliță, dar nu mai mult de contravaloarea a 15.000 Euro.

Articolul 13: Plăți suplimentare

Asigurătorul preia costurile necesare ce intervin prin îndeplinirea obligațiilor stipulate la art. 20, punctele 2.3 și 2.6.

Articolul 14: Scadența plății despăgubirii și prescrierea drepturilor asupra despăgubirii

1. Asigurătorul este obligat ca în termen de o lună - iar în cazul pretențiilor de despăgubire pentru invaliditate permanentă în termen de trei luni - să declare, dacă și în ce măsură își recunoaște obligația de despăgubire. Termenele încep să curgă o dată cu primirea tuturor documentelor solicitate de asigurător pe care beneficiarul trebuie să le prezinte pentru stabilirea modului de producere a accidentului și a urmărilor accidentului, precum și asupra finalizării tratamentului medical. În cazul în care nu sunt prezentate toate documentele și informațiile solicitate de către asigurător pentru evaluarea obligației de despăgubire, atunci pretenția de despăgubire nu devine scadentă, deoarece obligația de despăgubire nu poate fi evaluată.

2. În cazul în care obligația de despăgubire nu este contestată, beneficiarul poate cere plăți în avans până la valoarea sumei minime pe care, conform stării de fapt, asigurătorul trebuie să o plătească. În primul an de la accident despăgubirea pentru invaliditate permanentă se limitează la suma asigurată convenită în contractul de asigurare pentru caz de deces. În cazul în care în contractul de asigurare nu este convenită o astfel de sumă asigurată, atunci beneficiarul poate cere o despăgubire abia după expirarea unui an de la data producerii accidentului.

3. În cazul în care nici valoarea despăgubirii nu este contestată, atunci despăgubirea devine scadentă.

Indiferent de aceasta, scadența plății intervine totuși în cazul în care beneficiarul, după expirarea a două luni de la cererea despăgubirii bănești, cere o explicație din partea asigurătorului privind motivele din care nu au putut fi încă finalizate investigațiile, iar asigurătorul nu răspunde acestei cereri în termen de o lună.

4. În raporturile ce izvorăsc din asigurare, termenul de prescripție este de 2 ani. Acest termen începe să curgă de la data producerii daunei.

5. Dacă asigurătorul respinge obligația de plată a indemnizației de asigurare, dreptul de a depune plângere la instanța competentă se menține timp de 2 ani începând cu data la care asigurătorul a comunicat în scris respingerea obligației sale. În caz contrar, asigurătorul este absolvit de plată.

Articolul 15: Proceduri în caz de divergențe de opinie (comisia medicală)

1. În caz de neînțelegere între partenerii contractuali referitor la tipul și proporția urmărilor accidentului, la măsura în care leziunile sunt consecința evenimentului asigurat, la influența bolilor sau infirmităților asupra urmărilor accidentului, precum și în cazul art. 7 punctul 6, părțile contractuale pot conveni în formă scrisă faptul că asupra acestora trebuie să decidă comisia medicală.

Decizia comisiei medicale poate fi verificată în fața instanței. Decizia comisiei medicale nu este obligatorie în cazul în care aceasta se abate considerabil și în mod vădit de la cauza reală. Același lucru este valabil în cazul în care experții nu pot, nu vor sau întârzie să facă respectiva constatare.

2. În caz de neînțelegere conform punctului 1 al acestui articol, persoana cu drept de revendicare poate să conteste în decurs de 6 luni declarația asigurătorului cu privire la recunoașterea

sau respingerea obligației de plată a despăgubirii și la valoarea despăgubirii, și să solicite decizia comisiei medicale.

În cazul în care contestația nu se efectuează la termen, atunci sunt excluse pretențiile suplimentare legate de aceasta.

3. Pentru componența comisiei medicilor, atât asigurătorul, cât și contractantul trebuie să numească câte un medic din România, care să se regăsească pe o listă de medici aprobată de organul competent conform legislației în vigoare, în decurs de două săptămâni de la data primirii somației scrise. Ambii medici vor alege de comun acord un al treilea medic, președinte al comisiei. În situația în care cei doi medici nominalizați de asigurător, respectiv de contractantul asigurării, nu se vor putea pune de acord asupra unei decizii finale, președintele comisiei va lua decizia finală, pe baza observațiilor ambilor medici. În cazul în care cei doi medici nu cad de acord asupra persoanei președintelui, atunci Colegiul Medicilor competent din raza teritoriului unde își are domiciliul asiguratul va numi drept președinte un expert competent pentru cazul asigurat.

4. Asiguratul este obligat să se supună examinării comisiei medicilor, să accepte și să se supună procedurilor pe care comisia medicilor le consideră necesare.

5. Comisia medicală trebuie să întocmească un proces verbal cu privire la activitatea sa și să își motiveze decizia în acesta. În cazul în care nu ajung la un acord, fiecare medic trebuie să își prezinte separat părerea în procesul verbal. În cazul în care este necesară o decizie din partea președintelui, atunci și acesta o va motiva într-un proces verbal. Dosarul procedurii va fi păstrat de către asigurător.

6. Costurile comisiei medicale vor fi stabilite de aceștia. În cazul în care nu se convine altceva, fiecare parte va suporta costurile expertului/medicului său; costurile pentru președinte vor fi suportate de cele două părți, fiecare câte o jumătate din valoare. În cazul art. 7, pct. 6, costurile vor fi suportate de cel care a solicitat reexaminarea.

În cazul în care se solicită intervenția comisiei medicale, după cunoașterea cerințelor asiguratului și înainte de începerea activității de către comisia medicală, asigurătorul va comunica în formă scrisă contractantului asigurării contribuția sa maximă la cheltuieli.

Cota costurilor pe care trebuie să o suporte persoana care are dreptul la revindicare se limitează la 5% din suma asigurată per total pentru deces și invaliditate, însă la cel mult 50% din suma ce face obiectul litigiului.

Secțiunea C: Limitările protecției prin asigurare

Articolul 16: Excluderi

Din asigurare sunt excluse accidentele:

1. care se produc în timpul folosirii aparatelor de zbor și la săritura cu parașuta, precum și la folosirea de vehicule aeriene, atât timp cât aceste evenimente nu sunt cele precizate la art. 6, pct. 4

2. provocate la participarea la concursurile de sporturi cu motor (inclusiv calificări și raliuri) și la antrenamentul aferent

3. provocate la participarea la concursuri locale, federale sau internaționale în domeniul sporturilor de schi nordice și alpine, snowboard, precum și freestyle, bob, skibob, skeleton sau sanie, precum și la antrenamentul oficial pentru aceste evenimente

4. provocate la participarea la o activitate sportivă desfășurată contra plată și la antrenamentul aferent. Se consideră plată cazul în care persoana asigurată primește mai mult decât o simplă decontare a cheltuielilor.

În plus, nu există protecție prin asigurare pentru accidente pe care le suferă asiguratul în calitate de sportiv sprijinit financiar la practicarea unui sport finanțat.

5. provocate la practicarea următoarelor activități, respectiv sporturi periculoase:

- alpinism și cățărare liberă pornind de la nivelul de dificultate V, respectiv cățărare cu asigurare pornind de la nivelul de dificultate VII conform scalei UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme)

- scufundare speologică

- scufundare la o adâncime de peste 40 de metri

- sărituri în apă de la peste 10 metri înălțime

6. provocate la participarea la competiții în domeniul mountain bike, precum și la antrenamentul aferent

7. provocate la participarea la competiții sau încercări de doborâre a recordurilor în domeniul scufundărilor libere, precum și la antrenamentele aferente

8. provocate la participarea la concursuri locale, naționale sau internaționale în domeniul sporturilor de luptă (de ex.: karate, kickboxing), precum și la antrenamentul oficial pentru aceste evenimente

9. provocate persoanei asigurate de crize epileptice sau alte crize de convulsii, care cuprind tot corpul persoanei asigurate; aceste crize nu pot fi în nici un caz considerate drept urmare a accidentului

10. provocate la încercarea sau săvârșirea de către persoana asigurată a faptelor care se pedepsesc penal, pentru care intenția reprezintă delict

11. care se află în relație directă sau indirectă cu evenimente de război de orice fel, cu sau fără declarație de război, inclusiv toate actele de violență ale statelor și toate actele de violență ale organizațiilor politice sau teroriste

12. provocate de revolte interne, în cazul în care persoana asigurată a participat de partea instigatorilor

13. provocate de toate măsurile militare sau oficiale legate de evenimentele menționate la punctele 11 și 12

14. direct sau indirect provocate de:

- acțiunea armelor nucleare, chimice sau biologice,

- energia atomică, izotopi radioactivi,

- de influența radiațiilor ionizante în sensul variantei în vigoare la momentul respectiv a Legii privind protecția împotriva radiațiilor, în afară de acelea care au fost dispuse de tratamentul medical necesar ca urmare a producerii evenimentului asigurat

15. pe care le suferă asiguratul în urma unui infarct miocardic sau unui accident vascular cerebral; un infarct miocardic sau un accident vascular cerebral nu pot fi în nici un caz considerate consecință a unui accident

16. pe care le suferă asiguratul în urma unei tulburări de cunoștință sau a afectării esențiale a capacității sale psihice din cauza consumului de alcool, narcotice, droguri sau medicamente

17. datorate leziunilor corporale produse în timpul sau ca urmare a unor tratamente sau operații pe care asiguratul și le-a efectuat singur sau i s-au efectuat, în cazul în care evenimentul asigurat nu a fost motivul pentru aceste tratamente sau operații. În cazul în care evenimentul asigurat a fost motivul efectuării tratamentelor sau operațiilor, punctul acesta nu se aplică.

Articolul 17: Limitările obiective ale protecției prin asigurare

1. Despăgubirea se plătește doar la urmările cauzate de un accident (vătămare corporală sau deces).
2. Dacă în urma accidentului a fost afectată o funcție corporală sau mentală care fusese afectată înainte de accident, proporția invalidității stabilite se va diminua cu proporția invalidității precedente. Proporția invalidității precedente se va stabili conform art. 7, punctele 2 și 3.
3. Dacă urmările accidentului au fost influențate de boli sau infirmități anterioare accidentului a căror proporție este de minimum 25%, despăgubirea se diminuează corespunzător proporției bolilor sau infirmităților anterioare.
4. În cazul tulburărilor sistemului nervos se plătesc despăgubiri numai dacă, și în măsura în care, această tulburare este consecința unei vătămări produse prin accident. Tulburările psihice (nevroză și psihoză) nu sunt considerate urmări ale unui accident.
5. Se plătesc despăgubiri pentru herniile de disc numai dacă acestea au apărut prin acțiunea mecanică directă, din exterior, asupra coloanei vertebrale și nu este vorba de o înrăutățire a simptomelor existente înaintea producerii accidentului.
6. Se plătesc despăgubiri pentru hernii abdominale și rupturi de orice fel în zona pelviană numai dacă acestea sau produs prin acțiune mecanică directă din exterior, asiguratul nefiind predispus la acest fel de îmbolnăviri.

Secțiunea D: Obligațiile contractantului asigurării

Articolul 18: Prima de asigurare, începutul și încetarea protecției prin asigurare; asigurarea combinată

1. Contractantul asigurării este obligat să plătească la scadență și integral primele stabilite contractual.
2. Prima trebuie plătită integral în avans pentru fiecare perioadă de asigurare. În mod excepțional poate fi convenită și plata în rate, pentru care asigurătorul poate calcula un adaos la prime. În cazul în care s-a convenit plata în rate, valoarea și scadența ratelor sunt stipulate în poliță.
3. Prima pentru prima perioadă de asigurare, respectiv rata inițială a primei este scadentă la momentul încheierii contractului. Valoarea și scadența următoarelor prime, respectiv rate ale primelor sunt, de asemenea, stipulate în poliță.
4. În cazul în care contractantul asigurării intră în întârziere la plată sau nu plătește prima conform scadenței poliței, cu excepția punctelor 8 și 9 de la acest articol, atunci contractul de asigurare se consideră în mod automat reziliat și protecția prin asigurare încetează cu data la care ar fi fost scadentă prima neachitată.
5. Contractul de asigurare începe o dată cu plata primei inițiale și protecția prin asigurare începe o dată cu data indicată în poliță, cel mai devreme în ziua imediat următoare plății primei inițiale.

Nu este acoperită de protecția prin asigurare perioada cuprinsă între intrarea în vigoare a contractului de asigurare și data indicată în poliță drept data începerii protecției prin asigurare.

6. Orice taxe sau comisioane cu privire la primele de asigurare se plătesc de către contractantul asigurării. Plata se consideră ca fiind efectuată în momentul în care contractantul asigurării a dispus plata și ca urmare aceasta parvine asigurătorului sau unui împuternicit al acestuia.
7. În cazul în care nu sunt alte prevederi legale, toate taxele și impozitele cu privire la primele de asigurare trebuie plătite de către contractantul asigurării.
8. În cazul în care la scadență o primă sau o rată a primei nu este plătită, asigurătorul va oferi contractantului asigurării un termen de grație de 15 zile pentru efectuarea plății.
9. Contractul de asigurare rămâne neschimbat pe perioada termenului de grație, cu condiția ca plata primei de asigurare să fie efectuată până la expirarea acestui termen.
10. În cazul în care, până la expirarea termenului de grație, contractantul asigurării nu plătește rata scadentă, contractul se consideră reziliat fără preaviz la data scadenței primei de asigurare și fără a mai fi necesară îndeplinirea altor formalități.
11. Asigurătorul are dreptul de a compensa primele scadente sau alte sume (de exemplu, cheltuieli de somație, dobânzi etc.) ce i se datorează conform contractului de asigurare cu orice plată convenită contractantului sau terților.
12. În cazul unei asigurări combinate, tipurile de asigurări diferite reprezintă contracte independente din punct de vedere juridic. În cazul întârzierii plății primelor, suma restantă se împarte la contractele individuale în raport cu primele convenite pentru fiecare tip de asigurare în parte.

Articolul 19: Schimbarea profesiei sau ocupației, precum și activitățile deosebit de periculoase practicate în timpul liber de către asigurat

1. Schimbarea activității profesionale, ocupației sau activitățile deosebit de periculoase desfășurate în timpul liber de asigurat față de cele declarate în cererea de asigurare, respectiv în contractul de asigurare la încheierea asigurării, trebuie să fie comunicate asigurătorului în decurs de o săptămână. Convocarea la aplicațiile militare pe termen scurt ale rezerviștilor nu sunt considerate ca schimbare a activității profesionale sau a ocupației.
 2. În cazul în care, pentru noua activitate profesională, ocupație sau activitate deosebit de periculoasă din timpul liber a asiguratului, în conformitate cu tariful asigurătorului valabil la data modificării, rezultă o primă mai mică, începând cu data primirii comunicării la asigurător, se va plăti numai această primă.
 3. În cazul în care rezultă o primă mai mare, atunci, pe o perioadă de trei luni de la data la care comunicarea ar fi trebuit să-i parvină asigurătorului, chiar și pentru noua activitate profesională, ocupație sau activitate deosebit de periculoasă din timpul liber va fi acordată întreaga protecție prin asigurare.
- În cazul în care, după expirarea celor 3 (trei) luni, intervine un eveniment asigurat ce poate fi pus pe seama noii activități profesionale, ocupații sau activități deosebit de periculoase din timpul liber, fără ca între timp să se fi ajuns la un acord privitor la o primă majorată, atunci despăgubirile asigurătorului se evaluează în modul în care la baza contractului, ca sume de asigurare, s-ar fi aflat acele sume care rezultă din cotele

primelor necesare conform noii activități profesionale, respectiv ocupației, respectiv noilor activități deosebit de periculoase din timpul liber (conform tarifului asiguratorului valabil la data schimbării) pe baza primelor calculate efectiv în poliță.

4. În cazul în care, conform tarifului asiguratorului, pentru noua activitate profesională, respectiv ocupație, nu este posibilă încheierea unei asigurări în caz de accident, contractul de asigurare se reziliază la data modificării survenite și asiguratorul este exonerat de obligația de despăgubire.

Articolul 20: Obligații

1. Obligații înainte de survenirea evenimentului asigurat
Asiguratul, în calitate de conducător auto al unui autovehicul, este obligat să posede dreptul legal pentru conducerea respectivului autovehicul; acest lucru este valabil și în cazul în care respectivul vehicul nu este condus pe drumurile publice.

În cazul în care contractantul asigurării încalcă această obligație, atunci asiguratorul este exonerat de obligația de despăgubire.

2. Obligații după producerea evenimentului asigurat

Contractantul asigurării, asiguratul și fiecare beneficiar care solicită despăgubirea au următoarele obligații, a căror încălcare duce la exonerarea asiguratorului de obligația de despăgubire:

2.1. Asiguratorul trebuie să fie înștiințat imediat despre accident, în formă scrisă, cel mai târziu în decurs de o săptămână de la data producerii accidentului.

2.2. Decesul trebuie comunicat asiguratorului în termen de 3 zile, obligație valabilă și dacă accidentul a fost deja anunțat conform punctului anterior.

2.3. Asiguratorul are dreptul să solicite examinarea, autopsia, iar dacă este necesar chiar și exhumarea victimei.

2.4. După accident trebuie solicitat imediat ajutorul medical, iar asiguratul trebuie să urmeze complet tratamentul medical; de asemenea, trebuie să se furnizeze o îngrijire adecvată bolnavului, precum și să se faciliteze restabilirea, precum și prevenirea și diminuarea, în măsura posibilităților, a consecințelor accidentului.

2.5. Toate informațiile solicitate de asigurator trebuie transmise acestuia.

2.6. Asiguratorul poate solicita ca asiguratul să se supună consultului unui medic desemnat de către asigurator.

2.7. În cazul în care se despăgubește și o indemnizație de spitalizare, în cazul în care asiguratul este internat în spital (art. 10, pct. 3), după externarea din spital trebuie să transmită asiguratorului copia biletului de ieșire din spital.

2.8. În cazul în care sunt asigurate cheltuielile de accident operațiile cosmetice și cheltuielile pentru însoțitori, asiguratorului trebuie să îi fie predate documentele originale.

2.9. Asiguratul este obligat în calitate de conducător auto al unui autovehicul să se supună conform prevederilor legale privind controlului alcoolemiei, să se prezinte la medic, să se supună controlului sau recoltării probelor de sânge; în plus, să se supună testelor prescrise prin lege cu privire la narcotice, droguri sau medicamente.

2.10. Medicul curant sau instituția spitalicească ce a asigurat tratamentul, care au tratat sau consultat asiguratul cu alte ocazii, trebuie autorizați și trebuie să li se ceară să furnizeze informațiile și rapoartele solicitate de asigurator. În cazul în care accidentul a fost anunțat unei instituții de asigurări sociale sau

similare, atunci și aceasta trebuie autorizată în sensul de mai sus.

2.11. Autoritățile care se ocupă de accident vor fi împuternicite să furnizeze asiguratorului toate informațiile solicitate.

Articolul 21: Schimbarea numelui sau adresei contractantului asigurării

1. Contractantul asigurării este obligat să comunice asiguratorului orice modificare a adresei de domiciliu, reședință a sediului firmei (persoanei juridice), respectiv a adresei de corespondență în termen de cel mult o săptămână de la modificarea acesteia.

2. În cazul în care contractantul asigurării nu comunică asiguratorului schimbarea adresei în termenul prevăzut conform punctului 1, atunci corespondența transmisă de asigurator la ultima adresă cunoscută va fi considerată transmisă în mod valabil și va produce efecte juridice.

3. În cazul în care contractantul asigurării își mută domiciliul sau sediul în afara României, atunci el trebuie să comunice asiguratorului o persoană din România autorizată pentru primirea corespondenței, iar dacă nu, se aplică prevederile de la punctul 2 al acestui articol.

4. În cazul schimbărilor de nume, respectiv modificărilor denumirii firmei (persoanei juridice) se aplică în mod corespunzător prevederile acestui articol.

Articolul 22: Obligația declarării circumstanțelor periculoase la momentul încheierii contractului

1. La momentul încheierii contractului solicitantul are obligația de a declara asiguratorului conform cu realitatea, integral și în scris toate circumstanțele ce îi sunt cunoscute, care sunt semnificative pentru asumarea riscului și să răspundă în formă scrisă la toate întrebările din cererea de asigurare.

2. O circumstanță despre care asiguratorul a întrebat în mod explicit și în formă scrisă este considerată ca fiind semnificativă. De asemenea, sunt considerate semnificative acele informații sau circumstanțe care pot influența decizia asiguratorului cu privire la încheierea contractului de asigurare.

3. În caz de încălcare a obligației de declarare conform punctelor 1 și 2, asiguratorul poate rezilia contractul unilateral în situația în care, dacă i-ar fi fost cunoscute respectivele circumstanțe, asiguratorul nu ar fi încheiat contractul de asigurare sau l-ar fi încheiat în alte condiții.

În acest caz contractul se consideră în mod automat ca legal reziliat. Contractantul asigurării va primi de la asigurator notificarea corespunzătoare în formă scrisă.

4. Asiguratorul nu poate rezilia contractul în cazul în care avea cunoștință despre circumstanța semnificativă nedeclarată sau în cazul în care contractantul asigurării nu cunoștea și nici nu putea cunoaște circumstanța semnificativă nedeclarată.

5. În cazul în care contractul este încheiat de un împuternicit sau de un reprezentant fără drept de reprezentare, atunci se va lua în considerare pentru dreptul de reziliere al asiguratorului nu numai reaua-credință a reprezentantului, ci și reaua-credință a asiguratului. Asiguratul poate invoca faptul că indicarea unei circumstanțe semnificative a fost omisă sau a fost incorectă, fără să fie vina sa, dar numai în cazul în care nici reprezentantului, nici lui însuși nu li se poate imputa vina.

6. Dreptul de a rezilia unilateral contractul conform punctului 3 rămâne valabil pe o perioadă de trei luni de la momentul la care

asigurătorul a luat la cunoștință circumstanța semnificativă nedeclarată.

7. În cazul în care contractul se reziliază după survenirea riscului asigurat, asigurătorul este obligat la plata despăgubirii numai în cazul în care persoana autorizată face dovada faptului că încălcarea obligației conform punctelor 1 și 2 nu a avut nici o influență asupra producerii riscului asigurat sau asupra nivelului despăgubirii din partea asigurătorului.

8. Asigurătorului îi revin acele prime care se referă la durata contractuală de dinaintea primirii solicitării de denunțare a contractantului asigurat. Asigurătorul poate solicita taxe corespunzătoare de prelucrare a solicitării.

Secțiunea E: Alte prevederi contractuale

Articolul 23: Definiții generale

Anumiți termeni au în cadrul tuturor condițiilor S.C. GRAWE ROMÂNIA ASIGURARE S.A. următoarea semnificație:

1. Asigurătorul: S.C. GRAWE ROMÂNIA ASIGURARE S.A., cu sediul social în București.

2. Solicitantul: persoana care depune cererea de asigurare. În cazul în care cererea este acceptată și se încheie contractul de asigurare, solicitantul devine contractantul asigurării.

3. Contractantul asigurării: persoana fizică sau juridică ce încheie cu asigurătorul contractul de asigurare și se obligă față de asigurător la plata primei de asigurare. Contractantul asigurării își poate asigura propriile interese în acest caz calitatea sa de contractant al asigurării se cumulează cu aceea de asigurat - sau poate asigura interesele unei terțe persoane.

4. Asiguratul: persoana ale cărei interese, respectiv a cărei inviolabilitate fizică sunt asigurate.

5. Beneficiarul asigurării: Persoana care are dreptul la primirea despăgubirii în cazul producerii evenimentului asigurat.

6. Asigurare în contul terțelor persoane: este un contract de asigurare în cadrul căruia contractantul asigurării este diferit de asigurat.

7. În cazul unei asigurări combinate (punctul 12 de mai jos) se iau în considerare punctele 8.1 și 8.2 de mai jos, iar în caz contrar punctul 8.3.

8.1. Scadența principală: este o anumită dată în cadrul unui an de asigurare. Această dată a scadenței principale este indicată în fiecare poliță cu zi și lună.

8.2. Perioada de asigurare: este în principiu durata unde asigurare, în cazul în care contractul de asigurare nu este încheiat pe o perioadă mai scurtă. Prima perioadă de asigurare începe o dată cu începerea asigurării și se termină la data scadenței principale. Următoarele perioade de asigurare încep la data scadenței principale și se termină odată cu următoarea dată a scadenței principale.

8.3. Perioada totală de asigurare a contractului de asigurare este împărțită în perioade distincte de asigurare. Fiecare perioadă distinctă de asigurare este de un an. Prima perioadă de asigurare începe în prima zi a contractului de asigurare. Această zi este considerată drept aniversarea poliței de asigurare.

9. Prima de asigurare: suma de bani pe care, pe baza unui contract de asigurare încheiat, contractantul asigurării o plătește asigurătorului sau unui împuternicit în acest sens, în principiu în avans, pentru fiecare perioadă de asigurare drept compensație pentru protecția prin asigurare.

10. Suma asigurată: Suma maximă în ale cărei limite asigurătorul plătește despăgubirea la momentul intervenției riscului asigurat, conform prevederilor condițiilor de asigurare convenite.

11. Polița de asigurare: este documentul doveditor emis de către asigurător cu privire la contractul de asigurare încheiat.

12. Asigurarea combinată: centralizarea mai multor tipuri de asigurări diferite și includerea într-o cerere de asigurare și o poliță de asigurare. Fiecare tip al asigurării combinate reprezintă un contract independent din punct de vedere juridic. În poliță este indicată separat prima pentru fiecare tip de asigurare în parte.

13. Moneda contractului: Contractul de asigurare poate fi încheiat în Lei sau în Euro. Toate sumele în Euro menționate în contractul de asigurare și în condițiile de asigurare sunt considerate drept convenite în Lei. Pentru conversie se folosește cursul de schimb oficial al BNR din ziua respectivă.

14. Durata contractului: Durata contractului de asigurare este stabilită de către partenerii contractuali și este indicată în poliță. Durata totală a contractului de asigurare se împarte în perioade de asigurare individuale.

Articolul 24: Rezilierea după producerea evenimentului asigurat

1. După producerea unui eveniment asigurat atât asigurătorul, cât și contractantul asigurării pot rezilia contractul de asigurare.

2. Rezilierea este permisă în orice moment, dar numai până la expirarea unei luni de la încheierea negocierilor cu privire la despăgubire.

Asigurătorul trebuie să respecte un termen de preaviz de o lună.

Contractantul asigurării nu poate rezilia contractul mai târziu de încheierea perioadei curente de asigurare.

3. În cazul în care contractantul asigurării a ridicat o pretenție de despăgubire cu rea-credință, atunci asigurătorul are dreptul să rezilieze cu efect imediat contractul de asigurare, după respingerea pretenției de despăgubire.

Articolul 25: Statutul juridic al persoanelor implicate în contract

1. Asigurarea poate fi încheiată împotriva accidentelor plecare le suferă contractantul asigurării sau împotriva accidentelor pe care le suferă o altă persoană, cu acordul acesteia din urmă. Contractantul se obligă să obțină acest acord și să-l prezinte asigurătorului la cerere.

În cazul în care contractantul asigurării încheie o asigurare împotriva accidentelor pe care le suferă o altă persoană, atunci pentru valabilitatea contractului este necesar acordul scris al celeilalte persoane. În cazul în care cealaltă persoană se află în incapacitate juridică sau este limitată în capacitatea sa juridică și dreptul de reprezentare în chestiunile referitoare la persoana sa revine contractantului asigurării, atunci acesta nu poate reprezenta persoana pentru darea acordului.

2. Toate prevederile referitoare la contractantul asigurării sunt valabile în mod corespunzător pentru persoana asigurată și acele persoane ce pot ridica pretenții din contractul de asigurare. Aceste persoane sunt, alături de contractantul asigurării, responsabile pentru îndeplinirea obligațiilor, a obligației de diminuare a daunei și a obligației de salvare. În cazul în care aceste persoane încalcă această obligație, atunci

consecințele legale prevăzute își găsesc aplicare ca și când contractantul asigurării însuși ar fi încălcat aceste obligații.

3. La momentul încheierii unei asigurări pentru copiii sub 18 ani, contractantul asigurării poate fi unul dintre reprezentanții legali ai asiguratului.

Un contract de asigurare pentru copiii sub 18 ani poate fi încheiat și de către alte persoane numai cu acordul scris al reprezentantului legal.

Articolul 26: Legislația aplicabilă

La acest contract se aplică prevederile legislației române.

Articolul 27: Corespondența oficială (formă scrisă)

1. Toate convențiile, anunțurile, cererile și declarațiile la contractul de asigurare trebuie efectuate în formă scrisă.

2. Declarațiile contractantului asigurării sunt valabile numai odată cu prezentarea și înregistrarea acestora la sediul central sau o agenție a asigurătorului.

3. Declarațiile asigurătorului sunt valabile numai în cazul în care sunt eliberate de la sediul asigurătorului, semnate și ștampilate.

Articolul 28: Contractul de asigurare

1. Contractul de asigurare se încheie numai în formă scrisă și nu poate fi făcută dovada acestuia prin martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă.

2. Cererea de asigurare, toate anexele la cererea de asigurare, polița de asigurare și condițiile de asigurare convenite fac parte integrantă din contractul de asigurare.

3. Sunt valabile exclusiv condițiile de asigurare pe care contractantul asigurării le-a primit ca parte contractuală a poliței de asigurare.

4. După primirea cererii de asigurare, asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita completări și prezentarea unor documente suplimentare (în special rezultatele examinărilor medicale). În acest caz, cererea de asigurare se consideră ca fiind ajunsă la asigurător doar în momentul în care asigurătorul obține completările și documentele solicitate.

Articolul 29: Beneficiari

1. La încheierea contractului de asigurare, contractantul trebuie să desemneze unul sau mai mulți beneficiari. La producerea evenimentului asigurat, beneficiarii au dreptul de a încasa indemnizația de asigurare. Până la producerea evenimentului asigurat și cu acordul asiguratului, contractantul poate schimba oricând beneficiarii contractului de asigurare.

2. Contractantul asigurării să desemneze beneficiarii irevocabil. În acest caz, beneficiarul poate fi schimbat numai cu acordul beneficiarului asigurării și al asiguratului.

3. În cazul în care contractantul și asiguratul nu au dispus altfel, atunci când sunt mai mulți beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra valorii despăgubirii.

4. Cota nedobândită de un beneficiar al asigurării revine celorlalți beneficiari ai asigurării în raport cu cotele acestora.

5. În cazul în care beneficiarul asigurării nu dobândește dreptul la o despăgubire, atunci acesta revine contractantului asigurării.

6. Modificarea beneficiarilor este recunoscută cu efect juridic de către asigurător doar dacă aceasta este în formă scrisă.

7. Nu este posibilă desemnarea purtătorului (posesorului) poliței drept beneficiar al asigurării

Articolul 30: Prevederi speciale pentru cazurile de despăgubire

1. În cazul în care, acționând ilegal, contractantul asigurării provoacă intenționat un accident asiguratului, asigurătorul este exonerat de la obligația de despăgubire.

2. În cazul în care, acționând ilegal, beneficiarul provoacă intenționat un accident asiguratului, atunci calitatea de beneficiar a acestuia încetează.

3. În cazul în care asiguratul provoacă intenționat accidentul, asigurătorul este exonerat de obligația de despăgubire.

Articolul 31: Prelungirea contractului; reduceri acordate

1. Contractul de asigurare este valabil pe perioada stipulată în polița de asigurare.

Contractele cu durata de cel puțin un an se vor prelungi cu încă un an, în cazul în care contractantul asigurării sau asigurătorul nu au reziliat în scris contractul de asigurare cu cel puțin 3 luni înainte de expirarea duratei contractuale stabilite în poliță.

2. Asigurătorul, luând în considerare durata contractuală stabilită la încheierea contractului, poate acorda o reducere a primei de asigurare. Într-un asemenea caz, la rezilierea prematură a contractului poate solicita plata suplimentară diferenței cu care prima de asigurare ar fi fost mai mare în cazul în care contractul ar fi fost încheiat doar pe durata pe care acesta a avut-o în final prin rezilierea prematură.

Articolul 32: Indexarea

1. Indexarea cu indicele prețului de consum

Pentru suma asigurată, respectiv pentru baza de calcul a primei și pentru prima de asigurare din contractul de asigurare, se stabilește în mod explicit indexarea valorii conform indicelui prețului de consum comunicat lunar de Institutul Național de Statistică, după cum urmează:

1.1. Indice inițial:

La calculul indexării, este relevant indicele inițial. Indicele inițial este cifra indicelui prețului de consum care a fost comunicată pentru a treia lună anterioară începerii asigurării (de exemplu: pentru o asigurare care începe în aprilie, indicele inițial este cifra indicelui pentru ianuarie).

Indicele inițial este menționat în poliță prin indicarea lunii respective (de exemplu: „indexarea valorii pe baza indicelui prețului de consum luna / anul”).

1.2. Momentul indexărilor:

În poliță este menționată scadența principală a primei - începutul fiecărui an de asigurare. Indexarea se realizează la începutul fiecărui an de asigurare.

1.3. Mod de calcul:

Ca „indice la scadența principală” se consideră cifra indicelui prețului de consum ce a fost comunicată pentru a treia lună anterioară începutului fiecărui an de asigurare.

Suma asigurată, respectiv baza de calcul a primei și prima se majorează sau se micșorează la începutul fiecărui an de asigurare în proporția corespunzătoare raportului dintre modificarea indicelui la începutul anului actual de asigurare și indicele la începutul anului anterior de asigurare.

La prima indexare, sumele se majorează sau se micșorează în proporția corespunzătoare raportului dintre modificarea indicelui la începutul anului actual de asigurare și indicele inițial. Procentul de majorare sau micșorare îi este comunicat contractantului asigurării la fiecare indexare.

1.4. Indicele înlocuitor:

În cazul în care indicele stabilit este înlocuit cu un alt indice sau nu mai este calculat și nici publicat deloc, acesta este înlocuit de indicele care îi urmează din oficiu.

2. Indexarea cu indice fix

2.1. Momentul indexărilor:

În poliță este menționată scadența principală a primei - începutul fiecărui an de asigurare. Indexarea se realizează la începutul fiecărui an de asigurare.

2.2. Mod de calcul:

Suma asigurată, respectiv baza de calcul a primei și prima se majorează la fiecare scadență principală cu 2%.