

**CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PENTRU ASIGURAREA DE
ACCIDENT (CGAIA)
- GRAWE ROMÂNIA ASIGURARE S.A. -**

Valabile de la 01.08.2014

Prevederi introductive:

Pentru asigurările de accidente ale GRAWE România Asigurare SA sunt valabile reglementările corespunzătoare ale Codului Civil, ale legislației în domeniu și prezentele condiții generale de asigurare pentru asigurarea de accident, în măsura în care în contractul de asigurare nu există prevederi speciale.

Partea I. REGLEMENTĂRI GENERALE

Articolul 1: Definiția termenilor de bază

(1) **Asigurătorul** este societatea de asigurări GRAWE România Asigurare S.A.

(2) **Contractantul** este persoana fizică sau juridică care, în calitate de partener contractual, încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul.

(3) **Asiguratul** este persoana a cărei integritate corporală este obiectul asigurării.

(4) **Beneficiarul** este persoana desemnată de Contractantul asigurării să încaseze indemnizația de asigurare în cazul producerii evenimentului asigurat.

(5) **Polița** este un document scris, emis de Asigurător către Contractant, care confirmă încheierea contractului de asigurare. Din polița de asigurare și din anexele la poliță (textul complet al condițiilor de asigurare) rezultă întregul conținut stabilit al contractului.

(6) **Durata** contractului de asigurare se stabilește de partenerii contractuali și este menționată în polița de asigurare.

(7) Durata totală a contractului de asigurare se împarte în **perioade de asigurare**. Perioada de asigurare este de un an. Prima perioadă de asigurare începe în data în care intră în vigoare contractul de asigurare. Această dată este începutul asigurării menționat în poliță.

(8) **Evenimentul asigurat** este producerea riscului asigurat.

(9) **Indemnizația de asigurare** este suma pe care Asigurătorul o plătește conform contractului de asigurare după producerea unui eveniment asigurat.

(10) **Protecția prin asigurare** este obligația Asigurătorului de a plăti indemnizația de asigurare conform contractului de asigurare, la producerea unui eveniment asigurat.

(11) **Suma asigurată** este suma maximă pe care asigurătorul este obligat să o plătească, în conformitate cu condițiile contractului de asigurare, la producerea unui eveniment asigurat.

(12) **Prima de asigurare** este suma ce trebuie plătită de contractantul asigurării în schimbul protecției prin asigurare.

Articolul 2: Contractul de asigurare

(1) Prin contractul de asigurare se stabilesc de comun acord drepturile și obligațiile partenerilor din contractul de asigurare. Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare stabilită în contract în cazul producerii fortuite a unui eveniment

asigurat. Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare.

(2) Cererea de asigurare, polița de asigurare, condițiile de asigurare precum și programul de asigurare constituie baza juridică a contractului de asigurare. De aceea, sunt valabile doar condițiile de asigurare pe care contractantul le-a primit la încheierea contractului de asigurare, ca parte integrantă a poliței de asigurare.

(3) 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 acesta obține completările și documentele solicitate.

Articolul 3: Durata și teritorialitatea contractului de asigurare

(1) Durata de valabilitate a contractului de asigurare se stabilește de către partenerii de contract și este menționată în polița de asigurare.

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

Articolul 4: Schimbarea adresei contractantului

(1) În cazul în care contractantul își schimbă adresa permanentă, el este obligat să comunice asigurătorului noua adresă în decurs de o săptămână de la modificare.

(2) În cazul în care contractantul își schimbă adresa permanentă și nu comunică acest lucru asigurătorului, va avea efect juridic corespondența trimisă de asigurător la ultima adresă cunoscută.

(3) În cazul în care contractantul este o persoană juridică, la schimbarea adresei se aplică reglementările punctelor (1) și (2) ale acestui articol.

(4) În cazul în care contractantul are domiciliul în afara granițelor României, el trebuie să numească o persoană din România, împuternicită să preia declarațiile asigurătorului către contractant, în caz contrar aplicându-se reglementările punctului (2) al acestui articol.

Articolul 5: Termenul pentru efectuarea sau respingerea plății indemnizației de asigurare

(1) În decurs de două săptămâni de la finalizarea investigațiilor și obținerea documentelor necesare pentru stabilirea evenimentului asigurat și a valorii sumei totale de plată, asigurătorul trebuie să efectueze plata sau să trimită o înștiințare scrisă referitoare la refuzul plății și la motivul respingerii revendicării de plată. Efectuarea plăților în numerar se face la sediul central al asigurătorului. Transferul plăților prin virament bancar către beneficiar se face pe cheltuiala acestuia. Eventualele taxe și impozite legale obligatorii vor fi suportate de către beneficiar.

(2) Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății, respectiv înștiințarea despre respingerea obligației de plată, față de termenul prevăzut la punctul (1) al acestui articol, dacă din vina contractantului, a asiguratului sau a beneficiarului se complică finalizarea investigațiilor pentru stabilirea evenimentului asigurat, a cauzelor producerii acestuia sau pentru stabilirea valorii indemnizației de asigurare.

(3) Dacă există dubii referitoare la dreptul contractantului asigurării, asiguratului sau beneficiarului de a încasa indemnizația de asigurare, asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății până la obținerea dovezilor necesare. Dacă s-a început o cercetare de către organele abilitate în legătură cu producerea evenimentului asigurat, împotriva contractantului,

asiguratului sau beneficiarului, asigurătorul are dreptul, în conformitate cu reglementările legale, să amâne plata sau refuzul plății până la încheierea cercetării.

Articolul 6: Prescripția drepturilor asupra indemnizației de asigurare

(1) Termenul de prescripție a drepturilor asupra prestației de plată care rezultă din contractul de asigurare este de doi ani și începe să curgă de la data producerii evenimentului asigurat.

(2) Dacă asigurătorul respinge obligația de plată a indemnizației de asigurare, dreptul de a depune plângere la instanța competentă se va prescrie în termenul prevăzut la punctul (1), termen care va începe să curgă de la data la care asigurătorul a comunicat în scris respingerea obligației sale. În caz contrar, asigurătorul este absolvit de plată.

Articolul 7: Obligația furnizării de declarații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului

(1) În cererea pentru încheierea unui contract de asigurare, contractantul și asiguratul au obligația de a declara toți factorii cunoscuți lor, relevanți pentru preluarea riscului. Relevanți sunt factorii care pot influența decizia asigurătorului referitoare la încheierea contractului de asigurare.

Sunt considerați factori relevanți, factorii referitor la care asigurătorul a adresat întrebări în scris.

(2) Asigurătorul se poate retrage din contractul de asigurare dacă sunt încălcate prevederile punctului (1) cu privire la obligația declarării factorilor relevanți pentru preluarea riscului.

De asemenea, asigurătorul se poate retrage din contractul de asigurare dacă un factor relevant nu a fost declarat de contractant sau de asigurat ca urmare a neluării intenționate la cunoștință a factorului respectiv sau dacă s-a făcut o declarație neconformă cu realitatea referitoare la un factor relevant.

(3) Retragerea este exclusă dacă asigurătorul a avut cunoștință de factorul nedeclarat sau în cazul în care contractantul sau asiguratul nu pot fi făcuți vinovați de nedeclararea, respectiv de declararea neconformă cu realitatea referitoare la un factor relevant.

(4) Asigurătorul se poate retrage din contractul de asigurare numai în decurs de trei luni de la data la care a luat la cunoștință de încălcarea obligației de furnizare de declarații complete și conforme cu realitatea. Asigurătorul trebuie să declare contractantului retragerea sa din contract.

(5) Dacă la încheierea contractului de asigurare asigurătorul nu a fost informat complet și conform cu realitatea, în sensul prevederilor de mai sus, despre starea de sănătate a persoanei asigurate, asigurătorul nu poate refuza obligația de plată dacă beneficiarul dovedește că factorii cu privire la care s-a încălcat obligația furnizării de declarații complete și conforme cu realitatea nu au influențat producerea evenimentului asigurat sau valoarea indemnizației datorate de asigurător. De asemenea, asigurătorul este obligat la plata indemnizației de asigurare în cazul în care contractantul și asiguratul nu pot fi făcuți vinovați de încălcarea prevederilor punctului (1) al acestui articol. Existența acestor condiții trebuie dovedită de persoana care revendică indemnizația de la asigurător.

(6) Dacă asigurătorul refuză plata indemnizației de asigurare în conformitate cu prevederile acestui articol, contractul de asigurare încetează. Asigurătorului i se vor restitui sumele pe care le-a plătit, la care se adaugă dobânda calculată de la data primirii sumelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(7) În cazul în care contractul de asigurare încetează înainte de expirarea duratei contractuale, ca urmare a încălcării obligației de a furniza declarații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului sau din alte motive, primele de asigurare plătite până la data încetării contractului i se cuvin asigurătorului.

Articolul 8: Terțe persoane

(1) În cazul în care contractul de asigurare se încheie pentru o persoană asigurată diferită de contractantul asigurării, atunci, pentru valabilitatea contractului, este necesar acordul scris al asiguratului.

(2) La încheierea contractelor de asigurare pentru asigurați cu vârsta sub 18 ani, contractantul poate fi unul dintre părinți sau alt reprezentant legal al asiguratului. Un contract de asigurare pentru un asigurat cu vârsta sub 18 ani poate fi încheiat și de alte persoane decât cele menționate anterior numai cu acordul scris al părinților sau al altui reprezentant legal. Copilul nu are dreptul să încaseze suma asigurată înainte de împlinirea vârstei de 18 ani.

(3) Dacă persoana asigurată este diferită de contractant și se află în incapacitate de muncă sau și-a pierdut parțial capacitatea de muncă și dacă apelează la un reprezentant pentru obligațiile contractuale, atunci acesta nu o poate reprezenta în ceea ce privește acordul asiguratului de intrare în asigurare.

(4) În cazul în care contractul de asigurare se încheie de către un împuternicit sau de către un reprezentant fără împuternicire legală, pentru dreptul de retragere din contractul de asigurare și pentru absolvirea de plată a asigurătorului datorită încălcării obligației de furnizare de informații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului, se vor lua în considerare nu numai cunoștințele și reaua intenție a reprezentantului, ci și ale contractantului sau asiguratului.

(5) Toate prevederile referitoare la contractant sunt valabile, după caz, pentru asigurați și pentru persoanele care revendică drepturi din contractul de asigurare. Aceste persoane sunt răspunzătoare, alături de contractant, de îndeplinirea tuturor obligațiilor din contractul de asigurare, cu excepția plății primelor de asigurare. Încălcarea obligațiilor din contractul de asigurare de către aceste persoane are aceleași efecte juridice ca și încălcarea obligațiilor din contractul de asigurare de către contractant.

(6) După producerea unui eveniment asigurat, asigurătorul poate declara, cu efect juridic, refuzul obligației de plată, retragerea sau rezilierea contractului de asigurare și către o terță persoană împuternicită.

Articolul 9: Prima de asigurare

(1) Prima de asigurare se calculează în funcție de suma asigurată, de programul de asigurare și de clasa de risc în care se încadrează asiguratul.

(2) În cazul unui risc mărit față de nivelul de risc normal, stabilit de asigurător, se pot stabili prime suplimentare sau condiții speciale.

(3) Primele de asigurare pot fi unice sau eșalonate, pentru fiecare perioadă de asigurare.

(4) Prima de asigurare inițială, respectiv prima unică, este scadentă în decurs de 7 zile de la data primirii poliței de asigurare de către contractant, însă nu înainte de începutul asigurării. Contractul de asigurare încetează dacă prima inițială sau prima unică nu se plătesc sau nu se plătesc integral în decurs de trei luni de la data scadenței. În cazul în care contractul de

asigurare încetează pentru că prima de asigurare inițială sau prima unică nu au fost plătite în termen, contractantul este obligat să plătească asigurătorului taxa prevăzută în programul de asigurare. Această taxă reprezintă compensația cheltuielilor asigurătorului pentru încheierea contractului de asigurare. În acest caz, contractantul va suporta și eventualele cheltuieli pentru examinarea medicală.

(5) Primele ulterioare de asigurare sunt scadente la începutul fiecărei noi perioade de asigurare și trebuie plătite fără întârziere. Dacă prima de asigurare ulterioară sau o parte din aceasta nu se plătește în termenul de păsuire de două săptămâni de la data scadenței, asigurătorul va trimite contractantului o avertizare scrisă. Dacă după o lună de la data scrisorii de avertizare prima nu a fost plătită, asigurătorul poate să rezilieze cu efect imediat contractul de asigurare, îl poate modifica sau poate micșora suma asigurată. Avertizarea scrisă poate conține și declarația asigurătorului referitoare la rezilierea contractului.

(6) Prolungirea termenului de păsuire pentru plata primei de asigurare este posibilă doar printr-o convenție scrisă cu asigurătorul.

(7) Taxele prevăzute legal, impozitele și taxele prevăzute în programul de asigurare sunt părți integrante din prima de asigurare, contractantul având obligația de a le plăti.

(8) Contractantul trebuie să plătească asigurătorului primele de asigurare pe propria sa răspundere și cheltuială. Pentru respectarea termenului de plată a primei de asigurare este relevantă data intrării acesteia în contul asigurătorului. Dacă prima de asigurare este plătită cu o întârziere de șase săptămâni față de data scadenței, contractantul va suporta penalități de întârziere. Valoarea penalităților de întârziere va fi în conformitate cu tariful asigurătorului valabil la momentul respectiv.

(9) Asigurătorul are dreptul de a compensa primele scadente sau altă sumă ce i se datorează conform contractului de asigurare cu orice plată convenită contractantului sau terților.

Articolul 10: Inceputul și încetarea protecției prin asigurare

(1) Contractul de asigurare se încheie numai dacă asigurătorul îi confirmă contractantului în scris primirea cererii de asigurare, respectiv îi trimite polița de asigurare. Cu această condiție și după ce a fost plătită prima de asigurare, începe protecția prin asigurare. Înainte de începutul asigurării prevăzut în poliță nu există în nici un caz protecție prin asigurare.

(2) Protecția prin asigurare încetează prin retragere, reziliere, expirarea duratei și prin anularea de comun acord a contractului.

Articolul 11: Corespondența oficială

Toate convențiile, cererile și declarațiile referitoare la contractul de asigurare sunt valabile doar dacă au fost făcute în formă scrisă. Declarațiile contractantului, ale asiguratului și ale beneficiarului sunt valabile numai după primirea acestora la sediul asigurătorului.

Declarațiile asigurătorului sunt valabile numai dacă sunt eliberate de la sediul asigurătorului, cu însemnele acestuia.

Articolul 12: 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 poate să desemneze beneficiarii irevocabil. În acest caz, schimbarea beneficiarilor se poate face numai cu acordul beneficiarilor inițiali 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 indemnizației de asigurare.

(4) Dacă unul dintre beneficiari nu-și poate primi cota din indemnizația de asigurare, aceasta se va acorda proporțional celorlalți beneficiari.

(5) Dacă beneficiarul desemnat nu are dreptul de a încasa indemnizația de asigurare, dreptul de a încasa indemnizația de asigurare revine contractantului.

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

(7) Desemnarea beneficiarului sub forma de aducător al poliței de asigurare nu este posibilă.

Articolul 13: Pierderea poliței de asigurare

Pierderea sau distrugerea poliței de asigurare se face cunoscută asigurătorului în decurs de o săptămână de la data la care contractantul sau asiguratul au cunoscut acest fapt. La cerere, asigurătorul va emite un duplicat al poliței de asigurare. Polița pierdută nu mai are valabilitate.

Articolul 14: Instanța competentă și legislația aplicabilă

Prezentul contract este guvernat de legislația română în vigoare. În cazul apariției unui litigiu, acesta va fi soluționat de instanța judecătorească competentă din România.

Partea II. REGLEMENTĂRI SPECIALE

Articolul 15: Obiectul asigurării

(1) Asigurătorul oferă protecție prin asigurare dacă asiguratul suferă un accident. Sumele asigurate în contractul de asigurare sunt trecute în poliță și vor fi definite prin prevederile articolelor 20, 21, 22, 23 și 24 ale prezentelor condiții de asigurare.

(2) Evenimentul asigurat este producerea unui accident conform articolului 16 al prezentelor condiții de asigurare.

(3) Sunt asigurate accidentele care se produc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

(4) Contractul de asigurare în caz de accident se încheie pe o durată determinată, la care se convine prin cererea de asigurare și prin poliță.

Articolul 16: 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;
- arsuri, opăririi, efectele fulgerului sau curentului electric;
- inhalarea de gaze sau vapori, ingerarea de substanțe otrăvitoare, excluzând cazul în care aceste acțiuni se petrec treptat;
- fracturi de oase cu sechele permanente, ruperi de mușchi, tendoane, ligamente și vene, cu sechele permanente, precum și afectări cu urmări permanente ale coloanei vertebrale.

(3) Bolile, inclusiv bolile transmisibile, nu sunt considerate accidente și nici consecințe ale unui accident. Tetanosul și turbarea sunt asigurate doar dacă au fost cauzate în urma unui accident conform punctului (1).

(4) Protecția se referă și la accidente ale asiguratului ca pasager în avioane admise pentru transportul de persoane. Pasagerul de zbor 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.

Articolul 17: Persoanele care nu pot fi asigurate

(1) Persoanele care nu pot fi asigurate sunt acele persoane care sunt inapte de muncă toată viața sau suferă de boli nervoase grave, precum și bolnavii mintali. O persoană este considerată inaptă de muncă în sensul prezentelor condiții de asigurare, dacă acelei persoane nu i se poate pretinde prestarea unei activități din punct de vedere medical, din cauza unei boli sau infirmități și nu există nici o activitate adecvată pentru această persoană care să îi aducă venituri.

(2) Dacă s-a încheiat totuși un contract de asigurare cu o persoană care nu poate fi asigurată, atunci se aplică reglementările articolului 7 al acestor condiții (încălcarea obligației de furnizare de informații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului de asigurare).

(3) Dacă în perioada de valabilitate a contractului de asigurare un asigurat a intrat în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate, protecția prin asigurare în caz de accident încetează. Rezilierea contractului de asigurare are valabilitate de la data la care persoana asigurată a intrat în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate.

Articolul 18: Excluderi

Nu se includ în asigurare evenimentele:

(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 articolul 16, punctul (4);

(2) care se datorează participării la competiții în sporturile cu motor (de asemenea, întreceri și raliuri) și cursele de antrenament pentru aceste întreceri;

(3) produse ca urmare a participării la competiții regionale, naționale sau internaționale în sporturi ca schi, săritura de la trambulină, bob, bob-schi sau skeleton, precum și la antrenamentele oficiale în vederea acestor manifestări competiționale;

(4) produse din cauza încercării sau comiterii intenționate a unei contravenții sau infracțiuni de către asigurat;

(5) care sunt în legătură directă sau indirectă cu:

(5.1) evenimentele de război de orice fel - cu sau fără declarație de război, inclusiv toate faptele violente politice sau ale organizațiilor teroriste,

(5.2) mișcările sociale interne (dacă asiguratul a luat parte la acestea de partea instigatorilor), războaiele civile, revoluțiile, rebeliunile, răscările,

(5.3) orice măsuri militare sau oficiale care sunt în legătură cu evenimentele menționate la punctele (5.1) și (5.2),

(5.4) efectele directe sau indirecte ale energiei nucleare, izotopilor radioactivi sau razelor ionizante;

(6) pe care asiguratul le suferă ca urmare a unui infarct miocardic sau a unui atac de apoplexie; un infarct miocardic nu este în nici un caz considerat consecință a unui accident;

(7) în urma cărora asiguratul suferă tulburări de conștiință determinate de prejudicieri importante ale capacității psihice în urma consumului de alcool, droguri sau medicamente;

(8) datorate leziunilor corporale produse în timpul 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 (5.4) nu se aplică;

(9) care i se produc asiguratului ca șofer al unui vehicul pentru care nu posedă permis de conducere valabil pentru conducerea pe drumuri publice; această prevedere este valabilă și dacă vehiculul nu este condus pe drumuri publice;

(10) dacă asiguratul este condamnat la moarte și condamnarea se execută.

(11) Nu există protecție prin asigurare pentru consecințele, respectiv pentru agravarea consecințelor accidentului, dacă asiguratul nu solicită imediat ajutor medical, nu urmează complet tratamentul, nu-și facilitează restabilirea și nu previne și diminuează, în măsura posibilităților, consecințele accidentului.

Articolul 19: Limita obiectivă a protecției prin asigurare

(1) Despăgubirea se plătește doar la urmările cauzate de un accident (vătmare 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 articolului 20 al acestor condiții.

(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 accidentului.

(6) Se plătesc despăgubiri pentru hernii abdominale și rupturi de orice fel în zona pelviană numai dacă acestea s-au produs prin acțiune mecanică directă din exterior, asiguratul nefiind predispus la acest fel de îmbolnăviri.

Articolul 20: Invaliditate permanentă

(1) Dacă în decursul unui an începând de la ziua accidentului se constată că în urma accidentului a rezultat o invaliditate permanentă, asiguratorul va plăti procentele corespunzătoare din suma asigurată.

(2) Gradul de invaliditate se determină conform următoarelor prevederi:

(2.1) în cazul pierderii membrului, a organului sau în cazul pierderii totale a funcțiunii:

- | | |
|--|---------|
| - unui braț |70% |
| - unei mâini | 60% |
| - unui deget mare de la mână (police). | 20% |

- unui deget arătător	10%
- unui alt deget de la mână	5%
- unui picior	70%
- unui membru inferior până la jumătatea gambei	50%
- unui deget mare de la picior	5%
- unui alt deget de la picior	2%
- puterii vizuale a celor doi ochi	100%
- puterii vizuale a unui ochi	35%
- în cazul în care puterea vizuală a celuilalt ochi s-a pierdut înaintea începutului asigurării	65%
- auzului celor două urechi	60%
- auzului unei urechi	15%
- în cazul în care auzul celeilalte urechi s-a pierdut înaintea începutului asigurării	45%
- simțului olfactiv	10%
- simțului gustativ	5%

(2.2) în cazul pierderii totale sau parțiale a funcțiunii părților corpului sau organelor mai sus menționate se vor aplica reglementările punctului (2.1). În cazul reducerii parțiale a funcțiunii sau pierderii parțiale a brațelor sau picioarelor, procentajul se va aplica proporțional pentru întreaga extremitate.

(3) În cazul în care proporția invalidității nu poate fi stabilită conform punctului (2), se va lua în considerare afectarea corporală sau psihică în urma accidentului din punct de vedere medical.

(4) În cazul afectării mai multor membre sau organe, valorile procentuale rezultate de la punctele (2) și (3) se vor aduna. Gradul de invaliditate nu poate să fie niciodată mai mare de 100%.

(5) În decursul unui an de la accident se va determina proporția despăgubirii pentru invaliditate permanentă, în funcție de tipul și proporția urmărilor accidentului, stabilite definitiv din punct de vedere medical.

(6) În cazul în care proporția invalidității permanente nu a fost stabilită definitiv din punct de vedere medical, atât asiguratorul, cât și asiguratul sunt îndreptățiți să dispună constatarea proporției invalidității anual, pe o perioadă de 4 ani de la ziua accidentului. După doi ani de la ziua accidentului, proporția invalidității permanente se stabilește și de comisia de medici. Dacă prin stabilirea unei proporții mai mari rezultă o despăgubire mai mare decât aceea pe care a plătit-o Asiguratorul, diferența de sumă se va plăti în decurs de o lună de la determinarea sumei definitive.

(7) Dacă asiguratul decedează:

(7.1) din cauza accidentului în timp de un an de la accident, nu poate fi revendicată o despăgubire pentru invaliditate permanentă;

(7.2) din altă cauză decât din cauza accidentului, în timp de un an de la accident, asiguratorul va plăti despăgubirea conform proporției invalidității permanente rezultate pe baza ultimelor examinări medicale;

(7.3) din cauza accidentului sau din altă cauză decât din cauza accidentului, la mai mult de un an de la accident, asiguratorul va plăti despăgubirea conform proporției invalidității permanente rezultate pe baza ultimelor examinări medicale.

Articolul 21: Cazul de 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 scad numai despăgubirile care au fost deja plătite pentru invaliditate permanentă din cauza aceluiași accident. Asiguratorul nu poate să pretindă restituirea diferenței rezultate din plata unei despăgubiri mai mari pentru invaliditatea permanentă din accident.

Articolul 22: Indemnizația de spitalizare

(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, cel mult însă pentru 365 de zile pe parcursul a 2 ani de la data accidentului.

(2) Sunt considerate spitale instituțiile pentru bolnavi și sanatoriile 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 asigurărilor 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.

Articolul 23: Fracturi

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 24: Cheltuieli în caz de accident

Se plătesc despăgubiri pentru cheltuielile prilejuite de accident, apărute în termen de 2 ani de la data accidentului, până la nivelul stabilit în polița de asigurare.

Cheltuielile în caz de accident sunt:

(1) Cheltuieli de vindecare – sunt cheltuielile apărute pentru înlăturarea urmărilor accidentului, conform recomandării medicului și sub supravegherea acestuia. Printre acestea se numără și cheltuielile de transport al asiguratului ca urmare a producerii unui eveniment asigurat, precum și prima achiziționare a unei proteze din material plastic pentru membre și a unei proteze dentare.

Nu se despăgubesc cheltuielile legate de recuperare și fizioterapie, transplantul de organe, tratamentul psihoterapeutic.

(2) Cheltuieli de salvare – sunt cheltuielile apărute în cazul în care asiguratul:

(2.1) a suferit un accident sau s-a rătăcit pe munte sau în apă și trebuie adăpostit;

(2.2) dacă în urma unui accident sau ca urmare a rătăcirii pe munte sau în apă a decedat și este necesară recuperarea sa.

Cheltuielile de salvare sunt cheltuielile dovedite, legate de transportul efectuat de servicii de urgență de specialitate, până la cel mai apropiat spital, până la cel mai apropiat medic sau până la primul drum practicabil.

(3) Cheltuieli de recuperare - sunt 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 25: Procedura în caz de neînțelegere (comisia medicilor)

(1) Comisia medicilor va interveni 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 articolului 20, punctul (6).

(2) În caz de neînțelegere conform punctului (1) al acestui articol, contractantul 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 medicilor.

(3) Asigurătorul are de asemenea dreptul să solicite decizia comisiei medicilor.

(4) 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.

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

(6) Comisia medicilor trebuie să întocmească un proces-verbal în care se justifică în scris decizia. În caz de neînțelegere, fiecare medic trebuie să-și menționeze separat punctul de vedere în procesul-verbal. Dacă este necesară decizia președintelui comisiei, atunci și acesta trebuie să își argumenteze decizia în procesul-verbal. Actele procedurii se vor păstra la asigurător.

(7) Cheltuielile comisiei medicilor vor fi stabilite de comisia medicilor și vor fi suportate de asigurător și contractant, în funcție de rezultatul reevaluării. În cazul aplicării articolului 20 punctul (6), cheltuielile vor fi suportate de partenerul contractual care a cerut reevaluarea. Procentajul cheltuielilor suportate de către contractant este limitat la 1% din suma asigurată în caz de deces și invaliditate, însă cel mai mult la 25% din suma care se află în discuție.

(8) Pe durata unei proceduri de arbitraj conduse de comisia medicilor nu se plătesc din principiu indemnizații de asigurare, acestea neputând fi revendicate nici în instanță.

Articolul 26: Rezilierea contractului de asigurare

(1) După producerea evenimentului asigurat, asigurătorul poate rezilia contractul de asigurare dacă a recunoscut revendicarea despăgubirii din punct de vedere principial sau dacă a plătit despăgubirea sau în cazul în care Contractantul asigurării a pretins rău intenționat despăgubirea.

(2) Rezilierea contractului de asigurare se face în decurs de o lună:

- după recunoașterea revendicării asupra despăgubirii din punct de vedere principial

- după plata despăgubirii

Rezilierea se face cu un termen de preaviz de o lună.

(3) În cazul în care contractantul asigurării a pretins despăgubirea rău intenționat, asigurătorul are dreptul să rezilieze contractul cu efect imediat.

Articolul 27: Schimbarea profesiei sau a ocupației asiguratului

(1) Schimbarea profesiei sau a ocupației asiguratului 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. Recrutarea în serviciul militar normal, precum și exercițiile militare pe termen scurt nu sunt considerate ca schimbare a profesiei sau a ocupației.

(2) În cazul în care, conform programului de asigurare al asigurătorului, ca urmare a schimbării profesiei sau ocupației asiguratului, rezultă o primă de asigurare mai mică decât cea inițială, atunci se va plăti de la data acceptării declarației asiguratului, prima de asigurare micșorată.

(3) Dacă în urma schimbării profesiei sau ocupației asiguratului, rezultă o primă de asigurare mai mare, se acordă protecție completă prin asigurare și pentru profesia sau ocupația nouă a asiguratului timp de 3 luni de la data la care declarația asiguratului ar trebui să ajungă la asigurător. Dacă după aceste 3 luni se produce un eveniment asigurat ca urmare a practicării noii profesii sau ocupații a asiguratului, fără să se fi stabilit între timp, de comun acord între partenerii contractuali, o primă de asigurare mai mare, obligația de plată a asigurătorului se va stabili pornind de la prima de asigurare inițială pe baza căreia, conform programului de asigurare corespunzător noii profesii sau ocupații a asiguratului, se va stabili o nouă sumă asigurată modificată.

(4) În cazul în care, conform programului de asigurare al asigurătorului, nu se poate încheia o asigurare în caz de accident pentru profesia sau ocupația nouă a asiguratului, contractul de asigurare încetează la data schimbării și Asigurătorul este absolvit de plată.

Articolul 28: Reglementări pentru plata despăgubirii

Contractantul asigurării, asiguratul și fiecare beneficiar ce solicită despăgubirea au următoarele obligații:

(1) Asigurătorul trebuie să fie înștiințat imediat cu privire la accident, în maximum cinci zile de la producerea acestuia.

(2) Decesul asiguratului trebuie să fie comunicat în scris asigurătorului în decurs de 24 ore, obligație valabilă și dacă accidentul a fost deja anunțat. Dacă asigurătorul nu poate fi înștiințat în scris în decurs de 24 ore, anunțul se poate face și prin telex, fax, e-mail sau telefonic.

(3) Asigurătorul are dreptul să solicite examinarea, autopsia, iar dacă este necesar chiar și exhumarea victimei.

(4) După primirea formularului pentru anunțarea accidentului de la asigurător, acesta va fi completat și trimis fără întârziere asigurătorului; în plus, vor fi furnizate asigurătorului toate informațiile complete și conforme cu realitatea, solicitate de acesta.

(5) Medicul curant sau spitalul la care se tratează asiguratul, precum și medicii sau spitalele la care Asiguratul este sau a fost tratat sau consultat din alte cauze, vor fi împuternicite să furnizeze asigurătorului informațiile solicitate de acesta și să prezinte asigurătorului rapoartele medicale. Dacă accidentul

este anunțat la asigurările sociale, instituția în cauză va fi de asemenea împuternicită în sensul mai sus amintit.

(6) Autoritățile care se ocupă de accident vor fi împuternicite să furnizeze asigurătorului toate informațiile solicitate de acesta.

(7) Asigurătorul este îndreptățit să solicite asiguratului să se supună unei noi examinări medicale efectuate de medici numiți de asigurător.

(8) Dacă se asigură și bani de spitalizare, atunci asigurătorului i se vor transmite, dacă asiguratul este internat într-un spital (articolul 22 punctul (2)), după externarea acestuia, documentele de externare furnizate de administrația spitalului, în care trebuie indicat numele și prenumele complet ale asiguratului, data nașterii, ziua internării în spital și ziua externării, precum și diagnosticul.

(9) În cazul în care există și o altă asigurare pentru cheltuieli în caz de accident, asigurătorului îi vor fi transmise documentele originale.

(10) În cazul unui accident rutier, asiguratul este obligat în calitate de șofer al unui autovehicul, să solicite testarea alcoolemiei conform prevederilor legale în vigoare, în termen de maxim 12 ore de la producerea accidentului.

Asigurătorul este absolvit de plata despăgubirii dacă obligațiile stipulate la punctele 1 ÷ 10 vor fi încălcate, iar din această cauză nu se pot clarifica circumstanțe esențiale.

Articolul 29: Reglementări speciale pentru plata despăgubirii

(1) În cazul în care contractantul asigurării produce intenționat accidentul asiguratului, asigurătorul este absolvit de plata despăgubirii.

(2) Beneficiarul asigurării își pierde dreptul la despăgubire dacă produce intenționat accidentul asiguratului; asigurătorul va plăti despăgubirea contractantului în cazul în care acesta este diferit de persoana asigurată, celorlalți beneficiari desemnați în poliță sau moștenitorilor asiguratului în conformitate cu legislația în vigoare în ceea ce privește succesiunea.

(3) Asigurătorul este absolvit de plată dacă asiguratul produce accidentul intenționat.

Articolul 30: Reglementări finale

Dacă este necesar, în funcție de scopul și caracterul asigurării, se pot include în contractul de asigurare prevederi diferite de cele din prezentele condiții generale de asigurare.