

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PENTRU ASIGURAREA DE ACCIDENT (CGAA)**- GRAWE ROMÂNIA ASIGURARE S.A. -****EU90001/01**

Valabile începând de la data de 01.08.2015

Prevederi introductive:

Pentru asigurările de accident ale societății de asigurare GRAWE România Asigurare S.A. sunt valabile reglementările corespunzătoare ale Codului Civil, 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., societate administrată în sistem dualist.
2. **Contractantul** este persoana care, în calitate de partener contractual, încheie contractul de asigurare cu asigurătorul.
3. **Asiguratul** este persoana a cărei viață este asigurată.
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. Prima de asigurare se calculează în funcție de suma asigurată, de vârsta asiguratului și de programul de 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.

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 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 asigurării își schimbă domiciliul, el este obligat să comunice asigurătorului noua adresă în decurs de o săptămână de la modificare.

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

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

4. În cazul în care contractantul asigurării are domiciliul respectiv sediul social 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 cheltuiuala 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 prelungește 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 (la asigurările de deces: al 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 (refuzul) până la încheierea cercetării.

4. În conformitate cu condițiile de asigurare (articolul 12), în contractul de asigurare se stabilesc beneficiarii, adică persoanele care au dreptul să primească indemnizația de asigurare.

Articolul 6: Prescripția drepturilor asupra indemnizației de asigurare

1. În raporturile ce izvorăsc din asigurare, termenul de prescripție este de 2 ani, în afara acelor raporturi ce izvorăsc din asigurările de persoane în care obligațiile devin exigibile prin ajungerea la termen sau prin amortizare. Termenul începe din data producerii evenimentului asigurat.

2. Dacă asigurătorul respinge obligația de plată a indemnizației de asigurare, dreptul de a depune plângere la instanța competentă se menține timp de 3 ani începând cu 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 asigurării 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 contractantul asigurării ca urmare a neluării intenționate la cunoștință de factorul 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 și persoana asigurată 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 va putea refuza obligația de plată dacă factorii nedeclarați și considerați relevanți pentru încheierea valabilă a contractului de asigurare au influențat producerea evenimentului asigurat sau au influențat valoarea indemnizației datorate de asigurător, respectiv factorii nedeclarați făceau persoana asigurată neasigurabilă sau o plasau într-o altă clasă de risc sporit. Nedeclararea unui astfel

de factor determină vicierea consimțământului asigurătorului și deci contractul nu se consideră valabil încheiat.

Asigurătorul va fi 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 asiguratului.

2. La încheierea contractelor de asigurare pentru asigurați cu vârsta sub 18 ani, contractantul asigurării poate fi unul dintre reprezentanții legali 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 reprezentantului legal. Copilul nu are dreptul să încaseze suma asigurată înainte de împlinirea vârstei de 18 ani.

3. 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 care nu deține împuternicirea legală, ci și ale contractantului.

4. 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.

5. 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 vârsta asiguratului și de programul de asigurare. Vârsta asiguratului se calculează ca diferență dintre anul calendaristic la începutul contractului de asigurare și anul nașterii asiguratului.

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 și prima unică sunt scadente la data începutului asigurării. Contractul de asigurare se reziliază de drept 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 se reziliază 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 șase săptămâni de la data scadenței prima nu a fost plătită, contractul de asigurare se reziliază de drept la data scadenței primei de asigurare. Avertizarea scrisă poate conține și declarația asigurătorului referitoare la rezilierea contractului.

6. Prelungirea 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 întârziere, contractantul va suporta penalități de întârziere. Valoarea penalităților de întârziere va fi în conformitate cu prevederile tarifelor asigurătorului aprobate de către Comisia de Supraveghere a Asigurărilor.

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: Începutul și încetarea protecției prin asigurare

1. Contractul de asigurare se consideră încheiat numai dacă asigurătorul trimite polița de asigurare sau îi confirmă contractantului în scris acceptarea cererii 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 retragerea, rezilierea, expirarea duratei contractului și prin anularea 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 în cererea de asigurare nu sunt desemnați beneficiarii sau niciunul dintre beneficiarii desemnați nu supraviețuiește până la data solicitării indemnizației de asigurare, indemnizația se va plăti moștenitorilor legali ai persoanei asigurate, conform cotelor stabilite în certificatul de moștenitor. În cazul în care beneficiarul desemnat decedează ulterior formulării solicitării plății indemnizației de asigurare, aceasta se va plăti moștenitorilor beneficiarului desemnat decedat, conform cotelor din certificatul de moștenitor.

5. Dacă beneficiarul desemnat nu poate sau nu are dreptul de a încasa indemnizația de asigurare, dreptul de a încasa indemnizația de asigurare revine celorlalți beneficiari respectiv moștenitorilor legali după caz, conform articolului 26 punctul 2.

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 luat la cunoștință de pierderea sau distrugerea poliței. La cerere, asigurătorul va emite un duplicat al poliței de asigurare. Polița pierdută nu mai are valabilitate.

Articolul 14: Instanța competentă și legislația aplicabilă

Pentru soluționarea litigiilor care decurg din prezenta relație contractuală, instanța competentă este după caz, instanța aleasă de către reclamant astfel cum este prevăzut de Codul de procedură civilă. La acest contract se aplică prevederile legislației române.

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 și 22 ale prezentelor condiții de asigurare.

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

3. Asigurarea în caz de accident este valabilă oriunde în lume.

4. Sunt asigurate accidentele care se produc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

5. 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, consumarea 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 corecte și conforme cu realitatea la încheierea contractului de asigurare).

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 care a intrat în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate a devenit inaptă de muncă.

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 acestea nu sunt stabilite în 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 scheleton, 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. nelișițiile interne, războaiele civile, revoluțiile, rebeliunile, răscoalele,

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. datorate unor tulburări ale capacității psihice datorate consumului de alcool, droguri sau medicamente

8. 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 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 (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 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 și nu sunt ereditare.

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, asigurătorul 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 parțial 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 asigurătorul 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 asigurătorul, 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, asigurătorul 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, asigurătorul 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, asigurătorul 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 aceluiși accident. Asigurătorul 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 pentru funeralii, fără a depăși suma asigurată.

Articolul 22: 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 asigurator.

7. Cheltuielile comisiei medicilor vor fi stabilite de comisia medicilor și vor fi suportate de asigurator și contractant, în funcție de rezultatul reevaluării. Conform 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 23: Rezilierea contractului de asigurare

1. După producerea evenimentului asigurat, asiguratorul poate rezilia contractul de asigurare dacă a recunoscut revendicarea despăgubirii din punct de vedere principal 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 principal
- după plata despăgubirii
- după respingerea revendicării rău intenționate asupra despăgubirii

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

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

Articolul 24: 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 asiguratorului 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 asiguratorului, 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 asigurator. 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 asiguratorului se va stabili pornind de la prima de asigurare inițială pe baza căreia,

Grawe România Asigurare S.A.

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 asiguratorului, 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 asiguratorul este absolvit de plată.

Articolul 25: Reglementări pentru plata despăgubirii

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

1. Asiguratorul trebuie să fie înștiințat imediat despre accident, cel mai târziu în decurs de cinci zile de la data producerii accidentului.

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

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

4. După primirea formularului pentru anunțarea accidentului de la asigurator, acesta va fi completat și trimis asiguratorului în 24 de ore de la primirea formularului; în plus, vor fi furnizate asiguratorului 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 asiguratorului informațiile solicitate de acesta și să prezinte asiguratorului 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 asiguratorului toate informațiile solicitate de acesta.

7. Asiguratorul este îndreptățit să solicite asiguratului să se supună unei noi examinări medicale efectuate de medici numiți de asigurator.

Asiguratorul este absolvit de plata despăgubirii dacă nu sunt îndeplinite obligațiile stipulate la alineatele 1 ÷ 7, iar din această cauză nu se pot clarifica circumstanțe esențiale.

8. În cazul în care evenimentele asigurate s-au produs în afara granițelor României, documentele solicitate vor fi transmise Asiguratorului în formă tradusă (în limba română) și legalizată.

Articolul 26: Reglementări speciale pentru plata despăgubirii

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

2. Dacă un beneficiar contribuie intenționat la decesul asiguratului, indemnizația de asigurare se plătește celorlalți beneficiari desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor legali ai asiguratului.

3. Asiguratorul este absolvit de plată dacă asiguratul produce accidentul intenționat.

Articolul 27: 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.