

Condițiile de Asigurare aferente Asigurării de Viață de Grup atașată facilității de descoperit de cont emise de Piraeus Bank ROMÂNIA S.A.

Prevederi introductive:

I. Informații privind Asigurătorul: ERGO Asigurări de Viață SA - cu sediul în România, București, Sector 1, Floreasca Tower, Calea Floreasca nr. 175, etaj 6, partea A, 014459, înregistrată la Registrul Comerțului cu nr. J40/6000/2009, CUI 25569690, Registrul Asigurătorilor RA-066. Telefon: 031.224.86.00; Fax: 310.224.86.70, email: office@ergo.ro, fiind autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară figurând în Registrul Asigurătorilor sub nr. RA-066. Aceste informații sunt accesibile pe pagina de internet a ASF (www.asfromania.ro) și pe pagina de internet a Asigurătorului (www.ergo.ro).

II. Informații privind Agentul de Asigurare Subordonat/Beneficiar/Contractantul Asigurării: Piraeus Bank România S.A. (denumită PBR sau Banca), cu sediul social în București, Soseaua Nicolae Titulescu, nr. 29 – 31, sector 1, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului cu nr. J40/1441/1995, cod unic de înregistrare RO7025592, înregistrată în Registrul Instituțiilor de Credit sub nr. RB-PJR-40-026/18.02.1999, capital social 1.113.042.815 RON, înscrisă în Registrul Intermediarilor în Asigurări sub nr. RAJ-243394, Registrul Intermediarilor în Asigurări este disponibil pe pagina de internet a Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor la următoarea adresă www.csa-isc.ro - Registrul Intermediarilor în asigurări și reasigurări. Banca poate desfășura activitatea de intermediere în baza contractului de agent încheiat cu Asigurătorul, pentru asigurările din clasa I, lit. A punctele a) și c) din Anexa 1 din Legea 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor.

Prezentele Condiții de Asigurare sunt aferente asigurării de viață oferite deținătorilor unei facilități de descoperit de cont emise de Bancă, în baza contractului de asigurare de grup încheiat de Contractant cu ERGO Asigurări de Viata SA. Această asigurare oferă acoperire pentru riscurile de deces din orice cauză, invaliditate totală și parțială și permanentă din orice cauză, incapacitate temporară de muncă din orice cauză precum și pentru pierderea involuntară a locului de muncă, evenimentele asigurate menționate încadrându-se în Clasa I: Asigurări de viață, anuități și asigurări de viață suplimentare, prevăzute la lit. A a), b) și c), cu excepția celor prevăzute la pct. II și III, conform Anexei 1 din Legea 32 privind activitatea de asigurare și supraveghere a asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 1. Definiții

Termenii și expresiile de mai jos vor avea următoarele semnificații, aplicabile deopotrivă formelor de plural și de

singular, forma articulată sau nearticulată, cu excepția cazului când se prevede expres contrariul:

Asigurător: Ergo Asigurări de Viață S.A.

Acoperirea prin Asigurare: reprezintă obligația Asigurătorului de a prelua răspunderea în ceea ce privește riscurile asigurate și de a plăti Indemnizația de Asigurare conform Condițiilor de Asigurare, ca urmare a producerii Evenimentului Asigurat, sub condiția încasării Primei de Asigurare.

Accident: reprezintă un eveniment produs de factori exteriori, subit, viitor și neașteptat, produs în Perioada de Valabilitate a Asigurării, independent de voința Persoanei Asigurate, asupra corpului acesteia, constatat obiectiv și care are ca rezultat decesul sau vătămarea corporală a Persoanei Asigurate.

Afecțiune pre-existentă: reprezintă orice afecțiune diagnosticată, manifestată sau tratată anterior începerii Perioadei de Asigurare, indiferent de rezultatele tratamentului. Sunt excluse din asigurare bolile/afecțiunile preexistente ale Persoanei Asigurate la data semnării Declarației de Sănătate.

Beneficiar: reprezintă persoana îndreptățită să încaseze Indemnizația de Asigurare, în cazul producerii Evenimentului Asigurat. În înțelesul prezentelor Condiții de Asigurare, Beneficiar al Asigurării, desemnat în mod irevocabil, pe întreaga durată a creditului este Piraeus Bank România S.A.

Boală / Îmbolnăvire: reprezintă orice modificare organică sau funcțională a echilibrului normal al organismului Persoanei Asigurate, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice, manifestată pentru prima oară ulterior Datei Începerii Asigurării și care cauzează în mod direct producerea unui Eveniment Asigurat.

Ciclu de Tranzacționare: intervalul de o lună cuprins între data de 25 a unei luni și data de 25 a lunii următoare. În situația în care ziua de 25 este o zi nelucrătoare, data de referință este următoarea zi lucrătoare bancară.

Contractul de Asigurare / Asigurarea: este termenul folosit generic pentru a desemna ansamblul de documente ce reglementează raportul juridic dintre Asigurător pe de o parte și Contractant, Persoana Asigurată și Beneficiar pe de altă parte, după cum urmează:

a) Informații furnizate înaintea aderării la Asigurarea de Viață de Grup atașată facilității de descoperit de cont oferite de Bancă: document ce conține termenii și condițiile produsului de asigurare oferit Clientului, înainte de aderarea la Contractul de Asigurare de Grup, de către Agentul de Asigurare Subordonat în numele Asigurătorului.

b) Condițiile de Asigurare: document ce conține termenii și condițiile produsului de asigurare oferit de către Asigurător.

c) Certificat de Asigurare: reprezintă documentul emis de către Asigurător care dovedește acceptarea Persoanei Asigurate în Contractul de Grup.

d) Orice alt document asupra căruia s-a convenit că este parte integrantă a Contractului de Asigurare.

Contract de Asigurare de Grup: este actul juridic încheiat între Contractant și Asigurător prin care acesta din urmă se obligă să preia riscurile asigurate, în schimbul plății Primelor de Asigurare. Incluziunea în Contractul de Asigurare de Grup a Persoanelor Asigurate se va efectua prin intermediul persoanelor autorizate să desfășoare activități de bancasurance, prin emiterea Certificatului de Asigurare și plata Primei de Asigurare.

Contractantul Asigurării de Grup: Piraeus Bank Romania S.A.

Descoperit de cont/Overdraft: reprezintă o linie de credit pe care banca o acordă pe un cont curent, ce se reînnoiește automat în anumite condiții impuse de bancă, în limita unui plafon stabilit prin Contractul de descoperit de cont.

Descoperit de cont utilizat: suma totală datorată ca urmare a utilizării din Limita de descoperit de cont acordată de către Contractant.

Data Începerii Contractului de Asigurare și a Acoperirii prin Asigurare: este data și ora acordării facilității de descoperit de cont.

Data Scadentă a Primei de Asigurare: este data la care Asiguratul are obligația de a plăti contravaloarea Primei de Asigurare, prin debitarea automată de către Contractant a Contului curent al Asiguratului cu valoarea Primei de Asigurare.

Eveniment Asigurat (Risc Asigurat): reprezintă acel eveniment viitor, independent de voința Persoanei Asigurate, produs în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării. În baza acestui eveniment, Asigurătorul va fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare, conform prevederilor Contractului de Asigurare.

Indemnizația de Asigurare: suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Beneficiarului Asigurării, conform Condițiilor de Asigurare, ca urmare a producerii unui Eveniment Asigurat.

Invaliditate Totală și Parțială Permanentă: pierderea anatomică sau a capacității funcționale a Persoanei Asigurate, în mod permanent pentru tot restul vieții sale, ca urmare a unui Accident sau a unei Boli intervenită după aderarea la Contractul de Asigurare de Grup, în Perioada de Valabilitate a Asigurării, constatată din punct de vedere medical conform prevederilor legale în vigoare și care privează Persoana Asigurată de posibilitatea de a desfășura activități aducătoare de venit/câștig sau de plată (invaliditate gradul I și gradul II, conform Legii nr. 263/2010, cu modificările și completările ulterioare, și invaliditate gradul III conform Tabelului nr. 1 atașat prezentelor Condiții de Asigurare). Data producerii Evenimentului Asigurat în acest caz este considerată data deciziei medicale asupra capacității de muncă emisă de medicul expert al asigurărilor sociale în baza art. 71 din Legea nr. 263/2010.

Invaliditate Preexistentă: reprezintă Invaliditatea Persoanei Asigurate, existentă și diagnosticată anterior semnării Declarației de Sănătate sau produsă ca urmare

a unei Afecțiuni existente și diagnosticate anterior semnării Declarației de Sănătate.

Incapacitate temporară de muncă: imposibilitatea totală și temporară a Persoanei Asigurate de a desfășura orice activitate profesională/lucrative prin care poate fi procurat un venit sau câștig, ca urmare a unei Boli sau a unui Accident, petrecută după încheierea Asigurării și în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, constatată din punct de vedere medical conform prevederilor legale în vigoare, cu condiția ca Persoana Asigurată, până la prima zi a întreruperii muncii, să fi desfășurat o activitate profesională/lucrative aducătoare de venit sau câștig.

Lună calendaristică: reprezintă intervalul de timp cuprins între prima și ultima zi din lună (28, 29, 30 sau 31 după caz) și care este identificată cu denumirile specifice din calendar, respectiv ianuarie, februarie, martie etc.

Medic: Persoană care prestează servicii medicale conform dreptului său de liberă practică eliberat de către autoritatea publică competentă și/sau de către o instituție academică acreditată, în vederea prescrierii sau aplicării de tratamente. Din această categorie sunt excluși în mod explicit membrii familiei Persoanei Asigurate precum și orice persoană care locuiește la domiciliul acesteia.

Persoana Asigurată / Asigurat: persoană fizică a cărei viață se asigură și care a contractat o facilitate de descoperit de cont la Piraeus Bank România S.A., pentru care Asigurătorul a emis un Certificat de Asigurare, conform căruia Asiguratul are și obligația de a plăti Primele de Asigurare.

Perioada de Asigurare/ Perioadă de valabilitate a asigurării (Durata asigurării): Este perioada de o lună cuprinsă între două Date Scadente consecutive, valabilitate ce se reînnoiește automat pentru perioade de timp egale de câte o lună, cu condiția plății Primei de Asigurare. Prima de Asigurare pentru fiecare Perioadă de Valabilitate a Asigurării se achită anticipat, conform Certificatului de Asigurare. Prin excepție, prima Perioadă de Valabilitate/Durată a Asigurării este cuprinsă între data începerii acoperirii prin asigurare și data la care obligația de plată a celei dintâi Prime de Asigurare devine scadentă.

Perioada de Calificare: este perioada de 60 de zile calendaristice consecutive, calculată de la Data Începerii Contractului de Asigurare, pe durata căreia riscul de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă nu este acoperit.

Perioada de Eliminare: reprezintă perioada de timp calculată de la data producerii Evenimentului Asigurat după expirarea căreia, Beneficiarul Asigurării este pentru prima dată îndreptățit să primească Indemnizația de Asigurare pentru un Eveniment Asigurat. Pe durata acestei perioade, Indemnizația de Asigurare nu este datorată. Durata Perioadei de Eliminare pentru Invaliditate Totală și Parțială Permanentă este de 7 luni de la data producerii cauzelor ce au condus la apariția Evenimentului Asigurat. Durata Perioadei de Eliminare pentru Șomaj și Incapacitate Temporară de Muncă este de 60 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat.

Perioada de Suspendare: Dacă Prima de Asigurare nu este achitată din orice motiv la Data Scadentă a Primei de Asigurare, Contractantul Asigurării de Grup va finanța plata acesteia pe o perioadă de maximum 3 (trei) luni calendaristice consecutive. După expirarea acestei perioade, dacă prima de asigurare nu a fost colectată, acoperirea prin asigurare se suspendă pentru o perioadă de 6 (șase) luni calendaristice consecutive.

Perioada de Recalificare: reprezintă o perioadă dată de timp calculată de la data ultimului Eveniment Asigurat, pe durata căreia Indemnizația de Asigurare nu este datorată. După expirarea acestei perioade, Beneficiarul Contractului de Asigurare este îndreptățit să solicite plata Indemnizației de Asigurare pentru un nou Eveniment Asigurat petrecut ulterior Perioadei de Recalificare, numai dacă toate condițiile contractuale sunt îndeplinite. Durata Perioadei de Recalificare pentru Șomaj este de 6 luni calendaristice pentru persoanele angajate cu contract de muncă, cu respectarea condițiilor cu privire la vechime de la acordarea creditului.

Pierdere Involuntară a Locului de Muncă (PILM): reprezintă situația (susținută prin acte și proceduri oficiale) în care o persoană a rămas fără loc de muncă, independent de voința sa și îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a. este în căutarea unui loc de muncă;
- b. starea de sănătate și capacitățile fizice și psihice o fac aptă pentru prestarea unei munci;
- c. nu are loc de muncă și nu realizează venituri (sau realizează venituri mai mici decât valoarea indicatorului social de referință în vigoare);
- d. este disponibilă să înceapă lucrul în perioada imediat următoare, dacă ar găsi un loc de muncă;
- e. este înregistrată la Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă în a cărei rază teritorială își are domiciliul sau, după caz, reședința;
- f. evenimentul Asigurat s-a produs după expirarea Perioadei de Calificare și/sau Recalificare.

Se consideră dată a producerii Evenimentului Asigurat data la care Persoana Asigurată a fost luată în evidența Agenției Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă sau a Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București.

Persoana Asigurată trebuie să dovedească data producerii, precum și durata și data încetării stării de Pierdere a Locului de Muncă prin transmiterea documentelor doveditoare.

Prima de Asigurare: suma de bani pe care Asiguratul, în calitate de plătitor al Primelor de Asigurare, este obligat să o plătească Asiguratorului, la Data Scadentă menționată în Certificatul de Asigurare, prin debitarea contului curent aferent facilității de descoperit de cont. Prima de Asigurare se calculează prin aplicarea lunară a ratei de primă la Suma Asigurată, la data de referință din fiecare luna calendaristică. Data de referință este ziua de 25 a fiecărei luni, iar în situația în care ziua de 25 este o zi nelucrătoare, data de referință este următoarea zi lucrătoare bancară. Rata de primă este menționată în Certificatul de Asigurare.

Extras de cont: documentul emis de către Contractant, în mod gratuit care cuprinde informații specifice cu privire la tranzacțiile efectuate cu Cardul de Debit în limita descoperirii de cont, inclusiv debitarea Primei de Asigurare, conform celor definite în Contractul de descoperit de cont.

Spital: reprezintă acea instituție care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: 1) deține o licență de instituție curativ-profilactică; 2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămate, în calitate de pacienți spitalizați; 3) furnizează servicii de asistență medicală 24 ore pe zi, prestate de personal medical calificat; 4) dispune de un personal cuprinzând cel puțin un Medic disponibil permanent; 5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și operații chirurgicale majore; 6) nu este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau convalescență sau altă instituție similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau persoane dependente de droguri.

Sumă Asigurată: în cazul tuturor Asiguraților, suma asigurată reprezintă suma egală cu valoarea descoperitului de cont utilizat. Suma Asigurată va fi în moneda descoperitului de cont.

Suma minimă de rambursat: suma pe care Persoana Asigurată o datorează Contractantului, conform Contractului de Descoperit de cont.

Articolul 2. Evenimente Asigurate

Evenimentele Asigurate acoperite prin această Asigurare sunt următoarele:

- a. În cazul persoanelor Asigurate la care cel puțin unul dintre veniturile încasate provine dintr-o activitate socio-profesională salarizată:
 - decesul Persoanei Asigurate din orice cauză;
 - incapacitate temporară de muncă din orice cauză;
 - invaliditate totală și parțială și permanentă din orice cauză;
 - pierdere involuntară a locului de muncă (Șomaj), în acest caz, Acoperirea prin Asigurare se acordă numai pentru Evenimentul produs pe teritoriul României.
- b. În cazul persoanelor încadrate în categoria Pensionari și Alte categorii de persoane care beneficiază exclusiv de alte venituri decât salarii:
 - decesul Persoanei Asigurate din orice cauză;
 - invaliditate totală și parțială permanentă din orice cauză.

Evenimentele acoperite pe toată durata de valabilitate a Asigurării sunt cele asigurate conform statutului socio-profesional la momentul începerii Acoperirii prin Asigurare.

În cazul în care se petrec independent de voința Persoanei Asigurate, și următoarele evenimente sunt considerate Accidente:

- sugrumare/strangulare;
- arsuri, arsura cu aburi, accidente cauzate de curent electric sau lumină;

- infectarea unei răni care a fost consecința unui accident;
- otrăvire cu alimente sau substanțe chimice sau corozive ca rezultat al neatenției Persoanei Asigurate, dar nu otrăvire din cauza ingerării unei bacterii;
- otrăvire din cauza inhalării de gaze toxice, vapori, excluzând boli profesionale aferente.

Bolile în general și bolile transmisibile în special nu sunt considerate un Accident chiar dacă sunt consecința unui Accident.

Articolul 3. Criterii de Eligibilitate

1. Persoana fizică, care solicită preluarea în Asigurare de către Asigurător, în calitate de Persoană Asigurată, trebuie să îndeplinească în mod cumulativ următoarele criterii:
 - a. are calitatea de client al Contractantului ce solicită o facilitate de descoperit de cont, în calitate de titular;
 - b. la Data Începerii Asigurării are cel puțin 18 ani împliniți, însă fără să fi împlinit 65 de ani la data acordării facilității de descoperit de cont. În sensul prezentelor Condiții de Asigurare, vârsta se calculează scăzând din anul și luna calendaristică în care se încheie Asigurarea anul și luna calendaristică în care s-a născut Persoana Asigurată;
2. Pentru a putea fi acceptată în Asigurarea pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă, o Persoană Propusă spre Asigurare trebuie să îndeplinească, în mod cumulativ și următoarele condiții:
 - a. să desfășoare o activitate în baza unui contract individual de muncă;
 - b. să aibă o vechime în profesie sau la actualul loc de muncă de cel puțin 3 luni la momentul apariției evenimentului asigurat;
 - c. să nu facă obiectul niciunei proceduri de concediere (individuală/colectivă) sau să fi primit o notificare din partea angajatorului/companiei pentru încetarea relațiilor contractuale;
 - d. la data semnării Certificatului de Asigurare, să nu fi transmis sau să nu fi primit din partea angajatorului/companiei o solicitare de încetare prin acordul părților a raporturilor de muncă;
 - e. la data semnării Certificatului de Asigurare, să nu fi solicitat încetarea unilaterală a raporturilor de muncă.
3. Persoana Asigurată este obligată să răspundă în scris, complet și în conformitate cu realitatea la întrebările conținute în Contractul de Asigurare, precum și la orice alte întrebări adresate în scris de către Asigurător.
4. Furnizarea de informații neconforme cu realitatea sau incomplete atrage nulitatea Certificatului de Asigurare și determină încetarea Acoperirii prin Asigurare.

Articolul 4. Indemnizația de Asigurare

1. Obligația de plată a Indemnizației de Asigurare devine exigibilă în maxim 10 zile lucrătoare de la data primirii de către Asigurător a tuturor documentelor necesare soluționării dosarului de daună, dacă sunt îndeplinite condițiile de acordare a Indemnizației de Asigurare și Asigurătorul a primit toate documentele solicitate, conform prevederilor Condițiilor de Asigurare.
2. Asigurătorul datorează plata Indemnizației de Asigurare, în cazul producerii oricărui Eveniment Asigurat, cu condiția ca, în Extrasul de cont emis de Contractant, valoarea descoperitului de cont utilizat anterior producerii Evenimentului Asigurat să fie pozitiv.
3. În cazul **Decesului** Persoanei Asigurate, petrecut în Perioada de Valabilitate a Asigurării, Indemnizația de Asigurare este egală cu suma utilizată la data producerii Evenimentului Asigurat, astfel cum este aceasta reflectată în Extrasul de cont. Asigurătorul plătește Indemnizația datorată în caz de Deces Contractantului, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat prin semnarea Certificatului de Asigurare.
4. În cazul dobândirii de către Persoana Asigurată a unei **Invalidități Totale Permanente**, în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, Indemnizația de Asigurare este egală cu valoarea descoperitului de cont utilizat la data producerii cauzelor ce au condus la apariția Evenimentului Asigurat. În cazul dobândirii de către Persoana Asigurată a unei **Invalidități Parțiale Permanente**, în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare egală cu descoperitul de cont utilizat la data producerii cauzelor ce au condus la apariția Evenimentului Asigurat, doar dacă suma procentelor pentru gradul de invaliditate parțială calculată conform Tabelului de Invalidități –(Tabelul nr. 1) este mai mare sau egală cu 50%. În situația în care suma procentelor pentru gradul de invaliditate parțială calculată conform Tabelului de Invalidități – (Tabelul nr. 1) este mai mică de 50%, Indemnizația de asigurare nu este datorată Asigurătorul plătește Indemnizația datorată în caz de Invaliditate Totală sau Parțială Permanentă Contractantului, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat prin semnarea Certificatului de Asigurare.
5. În cazul dobândirii de către Persoana Asigurată a unei **Incapacități Temporare de Muncă**, în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, obligația Asigurătorului de a plăti Indemnizația devine exigibilă cu condiția ca Incapacitatea Temporară de Muncă să se mențină fără întrerupere pe toată durata Perioadei de Eliminare. Indemnizația de Asigurare este egală cu 7% din valoarea descoperitului de cont utilizat, la data producerii Evenimentului Asigurat. Indemnizația de Asigurare este plătită lunar Contractantului pe toată durata Incapacității Temporare de Muncă a Asiguratului, începând cu prima dată scadentă a Contractului de descoperit de cont, ulterioară expirării Perioadei de Eliminare. Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare pentru a acoperi obligațiile

lunare de plată ale Asiguratului pentru maximum 6 date scadente consecutive ale Contractului de descoperit de cont, pentru un Eveniment Asigurat, respectiv maximum 9 date scadente consecutive ale Contractului de descoperit de cont, pentru un Eveniment Asigurat, doar în cazul Asiguraților care, la data semnării Certificatului de Asigurare, nu sunt eligibili pentru acoperirea riscului privind Pierderea Involuntară a Locului de Muncă. Indemnizația de Asigurare pentru Incapacitatea Temporară de Muncă este datorată de către Asigurător pentru a acoperi obligațiile lunare de plată pentru maximum 18 date scadente ale Contractului de descoperit de cont, considerând întreaga Durată a Asigurării, reprezentând Indemnizația de Asigurare totală ce se poate achita în caz de Incapacitate Temporară de Muncă. Ulterior plății Indemnizației de Asigurare totale pentru Incapacitatea Temporară de Muncă, Asigurarea nu încetează, Persoana Asigurată având în continuare obligația de a plăti Prima de Asigurare, putând beneficia de Acoperire prin Asigurare în cazul producerii celorlalte Evenimente Asigurate.

Atunci când Asigurătorul plătește o Indemnizație de Incapacitate Temporară de Muncă, iar ulterior, în termen de maxim 60 de zile de la data ultimei plăți lunare a Indemnizației de Asigurare, Asiguratul dobândește o nouă Incapacitate Temporară de Muncă, ca urmare a revenirii afecțiunilor ce au determinat plata Indemnizației inițiale, aceasta este considerată o continuare a primului Eveniment Asigurat, nefiind aplicată o nouă Perioadă de Eliminare. Valoarea Indemnizației pentru noua Incapacitate Temporară de Muncă se determină conform dispozițiilor de mai sus din cadrul acestui paragraf, fiind plătită începând cu prima dată scadentă a Contractului de descoperit de cont ulterioară primei zile a noii Incapacități Temporară de Muncă. Dacă noua Incapacitate Temporară de Muncă se instalează după mai mult de 60 de zile de la data plății ultimei Indemnizații lunare pentru Incapacitatea Temporară de Muncă inițială, atunci aceasta este considerată un nou Eveniment Asigurat, iar Asigurătorul va acorda Indemnizația conform prevederilor acestui articol, cu aplicarea unei noi Perioade de Eliminare.

Asigurătorul plătește Indemnizația de Asigurare datorată în caz de Incapacitate Temporară de Muncă către Contractantul Asigurării, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat prin semnarea Certificatului de Asigurare.

6. În cazul **Pierderii Involuntare a Locului de Muncă** de către Persoana Asigurată, în Perioada de Valabilitate a Asigurării, obligația Asigurătorului de a plăti Indemnizația devine exigibilă cu condiția ca producerea Evenimentului Asigurat să aibă loc după scurgerea Perioadei de Calificare, iar perioada de șomaj să se mențină fără întrerupere pe toată durata Perioadei de Eliminare. Indemnizația de Asigurare este egală cu 7% din valoarea descoperitului de cont utilizat, la data producerii Evenimentului Asigurat. Indemnizația de Asigurare este plătită lunar pe toată durata perioadei de Șomaj a Asiguratului, începând cu prima dată scadentă a Contractului de descoperit

de cont ulterioară expirării Perioadei de Calificare și a Perioadei de Eliminare. Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare pentru a acoperi obligațiile lunare de plată pentru maximum 6 date scadente consecutive ale Contractului de descoperit de cont, pentru un Eveniment Asigurat. Indemnizația de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (PILM) este datorată de către Asigurător pentru a acoperi obligațiile lunare de plată pentru maximum 18 date scadente ale Contractului de descoperit de cont, considerând întreaga Durată a Asigurării, reprezentând Indemnizația de Asigurare totală ce se poate achita în caz de PILM. Ulterior plății Indemnizației de Asigurare totale pentru PILM, Asigurarea nu încetează, Persoana Asigurată având în continuare obligația de a plăti Prima de Asigurare, putând beneficia de Acoperire prin Asigurare în cazul producerii celorlalte Evenimente Asigurate.

Asigurătorul plătește Indemnizația de Asigurare datorată în caz de PILM către Contractantul Asigurării, acesta având și calitatea de Beneficiar, desemnat de către Asigurat prin semnarea Certificatului de asigurare.

În condițiile plății de către Asigurător a unei Indemnizații pentru unul sau mai multe Evenimente Asigurate de tip PILM, pentru o perioadă ce acoperă mai mult de 6 date scadente ale Contractului de descoperit de cont Asiguratul este eligibil pentru plata unei noi Indemnizații de Asigurare pentru PILM după expirarea unei Perioade de Recalificare neîntrerupte, calculată de la data plății de către Asigurător a Indemnizației aferentă celei de-a 6-a date scadente a Contractului de descoperit de cont, în conformitate cu articolul 4, punctul 6.

7. În cazul producerii concomitente a două Evenimente Asigurate: Incapacitate Temporară de Muncă și Pierderea Involuntară a Locului de Muncă, Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare aferentă Evenimentului care se produce primul, conform documentației de daună. Indemnizația de Asigurare aferentă celui de-al doilea Eveniment, în funcție de data producerii, va fi plătită de Asigurător exclusiv în situația în care condițiile de acordare sunt îndeplinite la data încetării primului Eveniment Asigurat.
8. În cazul PILM, se consideră dată a producerii Evenimentului Asigurat data la care Persoana Asigurată a fost luată în evidența Agenției Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă sau a Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București.
9. Persoana Asigurată trebuie să dovedească data începerii, precum și durata și data încetării perioadelor de Șomaj sau de Incapacitate Temporară de Muncă, prin transmiterea documentelor doveditoare.

Articolul 5. Excluderi

Excluderi generale:

Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de Asigurare dacă Evenimentul Asigurat s-a produs ca urmare a:

- a) războiului, ocupației, actelor unor inamici străini, stării de război declarate sau nedecarate, inclusiv legea marțială, războiului civil, insurecției, rebeliunii, revoluției, dictaturii militare;
- b) utilizării de arme de distrugere în masă nucleare, biologice sau chimice;
- c) participării active a Persoanei Asigurate la demonstrații ilegale, revolte, acțiuni teroriste, sabotaj sau acțiuni incriminate de legea penală inclusiv participarea la pregătirea sau desfășurarea acestora sau participarea la represiunea acestora inclusiv opunerea la arest;
- d) participării Persoanei Asigurate la serviciul militar sau exercitarea oricărei forme de activitate polițienească în orice țară sau autoritate națională sau internațională, în perioadă de pace sau război;
- e) manipulării armelor, explozibililor, substanțelor inflamabile sau toxice;
- f) rezultatului unor boli sau răni cauzate direct sau indirect de energia nucleară, lămpii ionizante, radiații radioactive sau similare, inclusiv expunerea pe termen mai lung a organismului Persoanei Asigurate la efectele acestora;
- g) oricăror activități de zbor cu excepția pasagerilor care zboară în avioane comerciale care transportă pasageri în baza unei autorizații publice valabile sau transportului pe cale aeriană a pacienților sau persoanelor rănite și a însoțitorilor;
- h) sinuciderii sau tentativei de sinucidere în primii doi ani de la data începerii Perioadei de Valabilitate a Asigurării, dacă în Contractul de Asigurare nu se prevede o altă perioadă;
- i) unor Boli / Afecțiuni Preexistente sau Invalidități Preexistente;
- j) ingerării de alcool, droguri sau alte substanțe care creează dependență fără prescripție medicală, inclusiv alcoolism cronic;
- k) călătoria sau conducerea de către Persoana Asigurată a unui ATV, unei motociclete sau scuter cu o capacitate cilindrică mai mare de 125 cm³;
- l) spitalizării apărute ca rezultat al unei boli cu transmitere sexuală sau ca rezultat a contractării virusului HIV, dacă acest eveniment a apărut într-o perioadă de cel mult doi ani de la Data Începerii Acoperirii prin Asigurare și dacă nu este prevăzut altfel în Contractul de Asigurare;
- m) unui Accident ce a fost provocat de un infarct miocardic sau un atac cerebral atunci când persoana beneficiază doar de acoperire în caz de accident; astfel de evenimente nu sunt considerate niciodată Evenimente Asigurate chiar dacă sunt consecința unui Accident;
- n) unei boli mintale sau pierderii cunoștinței generate/cauzate de starea de beție sau de consumul de droguri;
- o) săvârșirii de către Persoana Asigurată a unei fapte penale sau contravenționale care contravine legislației în vigoare;

- p) practicării de către Persoana Asigurată a unui sport ca sportiv profesionist;
- q) participării Persoanei Asigurate la activități periculoase ca vânătoare, călărie, competiții cu mijloace de locomoție în afara drumurilor publice, navigație pe distanțe lungi realizată individual, arte marțiale, box, participării la doborârea de recorduri;
- r) sporturilor pentru practicarea cărora sunt folosite vehicule cu motor;
- s) practicării de sporturi extreme (ex. scufundări, rafting, speologie, cățărare, escaladare, sărituri cu coarda elastică, parașutism).

Excluderi speciale:

În cazul producerii riscurilor de tip Invaliditate Totală și Parțială Permanentă și Incapacitate Temporară de Muncă, inclusiv din Accident, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs din cauza:

- a) Accidentului sau bolii provocate intenționat de către Persoana Asigurată, inclusiv consecințele acestora, fără deosebire dacă, la apariția lor, Persoana Asigurată era într-o stare normală de sănătate sau ca rezultat al unei tulburări psihiatrice, mentale sau nervoase;
- b) Continuării, consecințelor sau recidivelor unei boli sau răni apărute datei Începerii Acoperirii prin Asigurare a Contractului de Asigurare și care a fost diagnosticată anterior datei la care a început Acoperirea prin Asigurare.
- c) Consecințelor accidentelor apărute înaintea datei Începerii Acoperirii prin Asigurare;
- d) Unei tulburări degenerative ale coloanei vertebrale/polidiscopatie și consecințele lor directe sau indirecte, dureri de spate fără un diagnostic medical;
- e) Unei boli mentale sau modificări ale stării mentale a Persoanei Asigurate, inclusiv afecțiuni psihice;
- f) Tratatamentului medical administrat la cererea Persoanei Asigurate și care nu are o motivație medicală sau este realizat ca și operație de chirurgie estetică;
- g) Întreruperii voluntare a sarcinii, inclusiv consecințele acesteia;
- h) Spitalizare ca urmare a agravării consecințelor Accidentului, dacă aceasta a fost precedată de o altă spitalizare din același Accident;
- i) Spitalizării intervenite ulterior unei alte spitalizări când perioada dintre acestea este mai mare de o zi lucrătoare (calculată de la externare până la următoarea internare), urmare a refuzului Persoanei Asigurate de a se interna sau rămâne internată într-un anumit spital, ambele spitalizări fiind consecința aceluiași Accident.

În cazul producerii riscului de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj), Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs în următoarele condiții:

- a. La data semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată a cunoscut faptul că făcea parte dintr-un grup de persoane al căror contract de muncă urmează să înceteze;

- b. Anterior semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată a fost anunțată de către angajator că va fi disponibilizat sau la data semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată era deja șomer;
- c. La Data Inceperii Acoperirii prin Asigurare, Persoanei Asigurate i se adusese la cunoștință în scris demersurile referitoare la încetarea contractului de muncă;
- d. Pierderea Locului de Muncă este o consecință a încălcării disciplinei în muncă;
- e. Pierderea Locului de Muncă a apărut în timpul perioadei de probă sau la terminarea acesteia contractul de muncă nu a fost prelungit;
- f. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul rezilierii contractului de muncă din inițiativa angajatului sau ca urmare a acordului părților;
- g. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul ajungerii la termen a unui angajament pe perioadă determinată;
- h. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul aplicării prevederilor altei legislații decât cea din România;
- i. Persoana Asigurată refuză să ocupe un alt loc de muncă în cadrul companiei la care este angajat, ca urmare a procesului de restructurare a postului pe care îl ocupă;
- j. Persoana Asigurată este rudă de gradul 1 (unu) cu administratorul, acționarul, asociatul sau conducătorul angajatorului de la care a fost disponibilizat sau dacă este acționar semnificativ (deținând o participație de minimum 20% din capitalul social) al angajatorului care l-a disponibilizat.

Articolul 6. Obligațiile Persoanei Asigurate în cazul producerii Evenimentului Asigurat

1. În cazul producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are obligația plății Indemnizației de Asigurare, conform prezentelor Condiții de Asigurare.
2. Persoana Asigurată/moștenitorii săi legali/testamentari/reprezentanții acesteia au obligația de a informa Asigurătorul cu privire la producerea Evenimentului Asigurat, printr-o notificare scrisă, în termen de maxim 30 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat pentru care se solicită plata Indemnizației de Asigurare. Pentru moștenitorii legali/testamentari, termenul prevăzut în prezentul articol curge de la data la care oricare dintre aceștia a luat la cunoștință, în oricare mod, de existența Asigurării sau a producerii Evenimentului Asigurat.
3. În vederea soluționării dosarului de daună, Persoana Asigurată/ moștenitorii săi legali/testamentari/reprezentanții Asiguratului au obligația de a furniza Asigurătorului, pe cheltuiala proprie, în termen de maxim 60 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat, următoarele documente:

3.1. *Certificatul de Asigurare* în original (sau duplicatul emis ulterior de către Asigurător, în original). În cazul în care Certificatul de Asigurare nu este disponibil în original, Persoana Asigurată/ moștenitorii sai legali/testamentari/ reprezentanții Asiguratului vor depune o copie pe care se va face mențiunea că originalul Certificatului de Asigurare a fost pierdut; dacă nici copia Certificatului de Asigurare nu este disponibilă, se va depune o declarație pe proprie răspundere a Persoanei Asigurate/moștenitorilor legali/testamentari cu privire la faptul că originalul Certificatului de Asigurare a fost pierdut. În cazul prezentării Certificatului de Asigurare în copie sau în cazul prezentării declarației pe proprie răspundere, se va atașa și copia actului de identitate al persoanei semnatare a declarației pe proprie răspundere cu privire la pierderea Certificatului de Asigurare original.

3.2. Formularul "Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat" completat și semnat de către Persoana Asigurată/moștenitorii săi legali/testamentari /reprezentanții Persoanei Asigurate.

3.3. Actul de identitate al persoanei care solicită plata Indemnizației de Asigurare (copie) și dovada că este îndreptățit/ă să primească Indemnizația de Asigurare, pentru situațiile în care Beneficiar este Asiguratul/moștenitorii legali/testamentari.

3.4. Extrasul de Cont din care să rezulte descoperitul de cont utilizat anterior producerii Evenimentului Asigurat.

3.5. Orice alte documente solicitate de către Asigurător, care sunt necesare pentru stabilirea obligației sale de plată.

3.6. Suplimentar, în funcție de Evenimentul Asigurat notificat, Asigurătorul va solicita următoarele documente:

- a) În cazul Decesului Asiguratului, data producerii Evenimentului Asigurat este considerată data decesului Asiguratului, așa cum este specificată în documentele oficiale constatatoare ale decesului, fiind solicitate următoarele documente:
 - i. *Certificatul medical constatator al decesului* (copie, conformă cu originalul);
 - ii. *Certificatul de deces* al Persoanei Asigurate (copie legalizată);
 - iii. Orice alt document oficial emis de instituțiile competente, cu privire la cauzele și împrejurările în care s-a produs Evenimentul Asigurat (copie conform cu originalul);
 - iv. Documente medicale relevante (ex.: fișa medicală, bilet de ieșire din spital, rezultate analize efectuate, etc) privind toate antecedentele medicale precum și cauzele care au determinat decesul Persoanei Asigurate, având parafa medicului care le-a eliberat (copie);
 - v. În cazul Decesului din Accident va fi prezentat și procesul verbal emis de către organele competente cu privire la cauzele și împrejurările

producerii Accidentului sau orice acte relevante care pot demonstra împrejurările în care s-a produs Accidentul (copie conformă cu originalul).

b) În cazul producerii **Invalidității Totale și Parțiale Permanente**:

- i. Copie a deciziei de pensionare pentru Invaliditate Totală și Parțială Permanentă, emisă de către Casa Teritorială de Pensii;
- ii. Certificat medical privind starea de sănătate a Persoanei Asigurate (copie);
- iii. Decizia pentru încadrarea într-un grad de invaliditate emisă de către medicul expert al asigurărilor sociale (copie);
- iv. Documentele medicale relevante (ex: fișa medicală, bilet ieșire din spital, rezultate analize efectuate etc.) privind toate antecedentele medicale.

c) În cazul producerii **Incapacității Temporare de Muncă**:

- i. Copie a certificatului medical care atestă Incapacitatea Temporară de Muncă, emis de către un Medic sau de către o instituție medicală, cu codul de diagnostic, confirmat de către un Medic sau de o instituție medicală unde Persoana Asigurată a fost sau este sub îngrijire pentru respectiva Incapacitate Temporară de Muncă;
- ii. Copie a avizului medicului expert al asigurărilor sociale în cazul în care se solicită prelungirea concediului medical pentru o perioadă mai mare de 90 de zile;
- iii. Orice alte documente medicale relevante, de ex.: foaia de observație (copie conform cu originalul), bilet de ieșire din spital (copie conform cu originalul), rezultatele analizelor efectuate (copie conform cu originalul), fișă medicală (copie conform cu originalul) precum și orice alte documente medicale relevante privind antecedentele medicale și privind cauzele care au determinat Spitalizarea Persoanei Asigurate (cu parafa medicului care le-a eliberat);
- iv. Procesul-verbal emis de către organele competente cu privire la împrejurările producerii Accidentului sau orice acte relevante care pot demonstra împrejurările în care s-a produs Accidentul (este necesar doar în cazul Incapacitate Temporară de Muncă din Accident) – copie.

d) În cazul **Pierderii Involuntare a Locului de Muncă**:

- i. Copie a contractului de muncă vizat de către Inspectoratul Teritorial de Muncă;
- ii. Adeverința de vechime vizată de către Inspectoratul Teritorial de Muncă;
- iii. Copie a Deciziei angajatorului de încetare a raporturilor de muncă;
- iv. Copie a dispoziției privind stabilirea dreptului de indemnizație de șomaj, care va

conține obligatoriu data de la care Persoana Asigurată primește indemnizația de șomaj;

v. Copie a carnetului de evidență, vizat de către Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă sau Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București.

vi. În cazul în care Persoana Asigurată nu este beneficiarul Indemnizației de Șomaj sau orice altă formă de ajutor social care poate înlocui Indemnizația de Șomaj, o copie a adeverinței ce atestă faptul că Persoana Asigurată este înscrisă la Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă pentru un plan individual de mediere (respectiv se află pe lista persoanelor care sunt în căutarea unui loc de muncă).

vii. O copie a dispoziției privind respingerea dreptului de indemnizație de șomaj (care va conține obligatoriu motivul respingerii).

4. Dacă plata Indemnizației de Asigurare pentru PILM sau Incapacitate Temporară de Muncă se prelungește pentru o perioadă mai mare de 1 lună calendaristică, Persoana Asigurată este obligată să transmită Asigurătorului, până în data de 15 ale lunii, pentru luna precedentă care tocmai s-a încheiat, o copie a carnetului de evidență al Persoanei Asigurate vizat la zi de către Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă, sau o confirmare scrisă că este înregistrat într-un plan individual de mediere la Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă sau după caz, fie o copie a documentului medical care atestă prelungirea stării de Incapacitate Temporară de Muncă. Indemnizația de Asigurare se plătește doar pe luni calendaristice întregi. Asigurătorul nu va calcula Indemnizația de Asigurare pentru fracțiuni de lună.
5. La solicitarea Asigurătorului, vor fi furnizate orice alte documente necesare determinării obligației de plată a Asigurătorului precum și cuantumul acestei obligații.
6. Dacă Persoana Asigurată/moștenitorii săi legali/testamentari nu depun la Asigurător documentele menționate în prezentul articol, Asigurătorul nu va putea fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare dacă din acest motiv nu a putut fi determinată cauza producerii Evenimentului Asigurat și cuantumul Indemnizației de Asigurare.
7. Persoana Asigurată are obligația de a coopera cu Asigurătorul pe parcursul investigării Evenimentului Asigurat ce constituie baza pretențiilor formulate.
8. Orice refuz sau informație falsă furnizată de către Persoana Asigurată/moștenitorii săi legali/testamentari care împiedică Asigurătorul să determine cauzele producerii Evenimentului Asigurat, va da dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de Asigurare.
9. În cazul în care Persoana Asigurată/moștenitorii legali/testamentari nu raportează producerea Evenimentului Asigurat și nu dovedește începutul sau durata perioadei de Șomaj sau de Incapacitate Temporară de Muncă în interiorul termenului de

notificare stabilit în prezentele Condiții de Asigurare, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare. De asemenea, Asigurătorul nu va fi responsabil pentru consecințele neobținerii sau nefurnizării de către Persoana Asigurată/moștenitorii legali/testamentari a tuturor documentelor solicitate și necesare pentru stabilirea obligației de plată și nici nu va putea fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare.

10. Data la care se consideră complet dosarul pentru evaluarea daunei și determinarea obligației finale de plată este data la care Asigurătorul primește ultimul document solicitat cu privire la Evenimentul Asigurat.
11. Încetarea perioadei de Șomaj sau de Incapacitate Temporară de Muncă va fi notificată Asigurătorului și Contractantului de către Persoana Asigurată în termen de 15 zile lucrătoare.
12. În cazul în care Persoana Asigurată își pierde locul de muncă și ca urmare a acestui fapt dobândește statutul de șomer, el/ea este obligat să formuleze cerere pentru a fi înscris în evidența Agenției Județene sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă și să își caute în mod activ un loc de muncă.
13. Dacă Persoana Asigurată dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, această situație se asimilează cu decesul Persoanei Asigurate numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă a unei instanțe judecătorești din România sau o hotărâre judecătorească a unei instanțe dintr-un alt stat recunoscută în România.
14. Toate certificatele, informațiile și dovezile cerute de către Asigurător vor trebui să satisfacă cerințele de formă și conținut specificate de acesta. Costurile legate de obținerea, traducerea și expedierea documentelor solicitate vor fi suportate de către persoana care a expediat aceste documente.
15. Notificarea Evenimentului Asigurat poate fi transmisă atât direct către Asigurător, cât și către Contractantul Asigurării care va avea obligația de a informa Asigurătorul în maxim 3 zile lucrătoare despre notificarea primită.

Articolul 7. Prima de Asigurare

1. Prima de Asigurare reprezintă suma de bani pe care Persoana Asigurată are obligația de a o achita pentru serviciile de asigurare furnizate de Asigurător, fiind calculată prin înmulțirea ratei de primă, specificată în Certificatul de Asigurare, cu valoarea descoperitului de cont utilizat, la data de referință din fiecare luna calendaristică. Data de referință este ziua de 25 a fiecărei luni, iar în situația în care ziua de 25 este o zi nelucrătoare, data de referință este următoarea zi lucrătoare bancară.
2. Obligația de plată a Primei de Asigurare devine exigibilă numai cu condiția ca la data de 25 a fiecărei luni descoperitul de cont utilizat să aibă o valoare pozitivă ca urmare a efectuării de tranzacții de către Persoana Asigurată. Dacă la această dată valoarea descoperitului de cont utilizat este zero, atunci valoarea Primei de Asigurare este zero.

3. Prima de Asigurare se plătește de către Persoana Asigurată, prin intermediul Contractantului, prin debitarea lunară de către acesta a sumei corespunzătoare din Limita descoperitului de cont, la Data Scadentă a Primei de Asigurare. Prin semnarea Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată își exprimă acordul privind debitarea Primei lunare de Asigurare din Contul curent aferent facilității de descoperit de cont.
4. Plata Primei de Asigurare este considerată a fi efectuată la data și ora diminuării limitei descoperitului de cont disponibilă cu valoarea Primei lunare de Asigurare, plata fiind făcută în vederea activării Acoperirii prin Asigurare pentru Perioada de Valabilitate a Asigurării cuprinsă între scadența respectivă și următoarea dată scadentă a Primei de Asigurare.
5. Dacă în contul Persoanei Asigurate nu există suficiente fonduri pentru a acoperi contravaloarea Primei de Asigurare, Contractantul se obligă să achite aceste sume pentru o perioadă de maximum 3 luni consecutive, urmând a debita sumele respective din Contul Persoanei Asigurate la prima dată la care sumele există în cont.
6. După expirarea perioadei prevăzute la punctul anterior, dacă există trei prime de asigurare consecutive necolectate, acoperirea prin asigurare încetează. Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare pot fi reactivate doar în baza unei cereri adresate Contractantului și cu plata Primelor de Asigurare acoperite deja de către Contractant precum și a Primei de Asigurare scadentă, doar în cazul în care aceasta este efectuată în următoarele 6 luni., aplicându-se prevederile articolului 8 punctul 5.
7. Pentru a fi considerată plată valabilă, Prima de Asigurare trebuie achitată integral.
8. Pe toată durata asigurării nu există perioada de grație.

Articolul 8. Durata Contractului de Asigurare

1. Asigurarea este complementară Contractului de descoperit de cont, Data Începerii Asigurării fiind concomitentă cu data acordării facilității de descoperit de cont, așa cum se menționează și în Certificatul de Asigurare.
2. Persoana Asigurată nu datorează Primă de Asigurare pentru perioada cuprinsă între Data Începerii Acoperirii prin Asigurare și prima Dată Scadentă a Primei de Asigurare, Acoperirea prin Asigurare pentru această perioadă fiind oferită gratuit de către Asigurător.
3. Odată cu plata Primei de Asigurare la prima Dată Scadentă a Primei de Asigurare, Acoperirea prin Asigurare se reînnoiește automat pentru următoarea perioadă cuprinsă între scadența curentă și următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare. Astfel, durata Acoperirii prin Asigurare este lunară, fiind reînnoită automat prin debitarea lunară de către Contractant a Contului curent, cu contravaloarea Primei de Asigurare.

4. Acoperirea prin Asigurare poate fi reînnoită lunar, pe durate similare, în limita duratei Contractului de descoperit de cont, cu condiția plății Primei de Asigurare și a validității Contractului de descoperit de cont.
5. În cazul neachitării Primei de Asigurare la Data Scadentă în conformitate cu prevederile articolului 7 punctele 5 și 6, Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare sunt suspendate, astfel încât, în cazul producerii oricărui Eveniment Asigurat, Asigurătorul nu va avea obligația plății niciunei Indemnizații de Asigurare. Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare pot fi reactivate doar în baza unei cereri adresate Contractantului cu plata Primelor de Asigurare acoperite deja de către Contractant precum și a Primei de Asigurare scadentă, doar în cazul în care aceasta este efectuată în următoarele 6 luni.
6. Asigurarea va înceta, în cazul fiecărei Persoane Asigurate, în următoarele situații:
 - i. prin încetarea din orice motiv a Contractului de descoperit de cont;
 - ii. la data la care Persoana Asigurată împlinește 70 de ani;
 - iii. în momentul Decesului Persoanei Asigurate; eventuale Prime de Asigurare plătite ulterior acestui moment vor fi returnate în Contul curent din care s-a efectuat plata respectivelor Prime de Asigurare;
 - iv. în urma refuzului întemeiat al Asigurătorului de a plăti Indemnizația de Asigurare în cazul producerii următoarelor Evenimente Asigurate: Deces, în conformitate cu prevederile art. 5 și 6 din Condițiile de Asigurare;
 - v. la data plății de către Asigurător a Indemnizației pentru Invaliditatea Totală și Parțială Permanentă;
 - vi. prin denunțarea unilaterală de către Persoana Asigurată, ca urmare a transmiterii către Contractantul Asigurării sau Asigurător a unui notificări scrise în acest sens, situație în care încetarea va produce efecte începând cu următoarea Data Scadentă a Primei de Asigurare;
 - vii. în cazul în care Persoana Asigurată își exprimă dezacordul în legătură cu modificarea Condițiilor de Asigurare, încetarea va produce efecte începând cu următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare;
 - viii. prin neplata Primei de Asigurare cu respectarea perioadei prevăzută la art. 7 pct. 5 și 6, respectiv art. 8 pct. 5;
 - ix. în situația în care Asigurătorul este în imposibilitatea furnizării Asigurării contractate de Persoana Asigurată, indiferent care este motivul imposibilității furnizării asigurării, cu un preaviz de 6 luni;
 - x. la solicitarea scrisă a Contractantului, cu un preaviz de 3 luni.

Articolul 9. Drepturile și obligațiile Asigurătorului privind încheierea sau modificarea Asigurării

1. Asigurătorul are dreptul de a verifica starea de sănătate a Persoanei Asigurate la data încheierii și pe parcursul derulării Contractului de Asigurare cu ocazia efectuării de modificări sau la instrumentarea unei cereri de plată a Indemnizației de Asigurare, astfel:
 - a. Prin solicitarea unui dosar medical complet, rapoarte și evaluări de la medicul de familie la care este înscrisă Persoana Asigurată sau de la medicii în a căror îngrijire s-a aflat Persoana Asigurată sau cei care îi evaluează starea de sănătate;
 - b. Examinare medicală completă;
 - c. Control medical efectuat la un medic desemnat de către Asigurător.
2. Asigurătorul are obligația să mențină confidențialitatea actelor și faptelor despre care a luat cunoștință cu ocazia verificării stării de sănătate a Persoanei Asigurate. Informația poate fi utilizată de către Asigurător doar pentru scopurile stabilite în prezentele Condiții de Asigurare.
3. Asigurătorul este îndreptățit să primească Prima de Asigurare așa cum este menționat în Certificatul de Asigurare.
4. Prin acceptarea încheierii Contractului de Asigurare, Persoana Asigurată își dă consimțământul cu privire la utilizarea de către Asigurător a datelor referitoare la starea sa de sănătate în legătură cu desfășurarea Contractului de Asigurare și investigarea producerii Evenimentului Asigurat și este de acord ca toți medicii și toate instituțiile medicale care au efectuat sau vor efectua un control sau tratament medical asupra sa să aibă permisiunea de a dezvălui datele cu privire la starea sa de sănătate, la cererea Asigurătorului.
5. Asigurătorul este obligat să realizeze investigațiile legate de producerea Evenimentului Asigurat fără întârzieri nejustificate. Nu va constitui întârziere nejustificată refuzul autorităților sau al instituțiilor publice sau private de a răspunde solicitării Asigurătorului sau întârzierea de către acestea în a furniza răspunsurile solicitate de către Asigurător.

Articolul 10. Realitatea informațiilor cu privire la evaluarea riscului asigurat

1. În procesul de evaluare a riscului asigurat Asigurătorul va considera că:
 - a. toate declarațiile referitoare la faptele sau circumstanțele menționate în Contractul de asigurare, în declarația stării de sănătate, sau în orice alt document prezentat Asigurătorului ca parte sau în legătură cu Contractul de Asigurare sunt adevărate;
 - b. în afară de faptele și circumstanțele menționate în Contractul de asigurare, în declarația stării de sănătate sau în documentele adiționale solicitate de către Asigurător, nu există alte circumstanțe sau fapte care ar putea, ele însele sau în legătură cu

alte circumstanțe sau fapte să influențeze în vreun fel evaluarea de risc pentru Perioada de Asigurare.

2. Prin semnarea Certificatului de Asigurare, și a declarației stării de sănătate, Persoana Asigurată confirmă în mod explicit realitatea informațiilor furnizate în acestea sau în orice alt document prezentat Asigurătorului, ca parte sau în legătură cu Asigurarea, dacă acestea există.
3. Asigurătorul va informa în scris Contractantul cu privire la operarea oricăror modificări ale Contractului de Asigurare determinate de caracterul nereal sau incomplet al informațiilor cu privire la faptele și circumstanțele cuprinse în Contractul de asigurare, sau în orice alt document prezentat Asigurătorului în legătură cu încheierea sau buna derulare a Contractului de Asigurare.

Articolul 11. Corespondența

1. Asigurătorul va transmite toate declarațiile, notificările solicitările, rapoartele și orice alte notificări privind Contractul de Asigurare redactate în limba română, folosind datele de contact (adresa de corespondență, adresa de email, telefon) declarate de către Persoana Asigurată în Contractul de Asigurare.
2. În cazul în care documentele solicitate de Asigurător sunt redactate într-o altă limbă decât limba română, acestea vor fi transmise astfel: documentul original sau copie, după caz, în limba străină și traducere a documentului din limba străină în limba română, legalizată, în original.
3. Persoana Asigurată are obligația contractuală de a notifica fără întârziere Asigurătorul, prin transmiterea de documente justificative, despre modificarea numelui, adresei de domiciliu, adresei de corespondență sau orice alte modificări ale datelor în baza cărora a fost încheiat Contractul de Asigurare.
4. Corespondența transmisă Contractantului de Asigurător prin scrisoare cu confirmare de primire se consideră a fi primită la data când a fost acceptată sau refuzată, după caz, de către destinatar. Corespondența transmisă Contractantului de Asigurător prin scrisoare simplă se consideră a fi primită la data expirării perioadei de 15 zile de la data înscrisă în borderoul de trimiteri.
5. În cazul în care Contractantul sau Persoana Asigurată nu își îndeplinesc obligațiile conform articolului 11.3. și nu notifică Asigurătorul în legătură cu schimbarea adresei de corespondență, scrisoarea se consideră a fi primită la data la care documentul a fost returnat Asigurătorului ca fiind nelivrabil.
6. Timpul de răspuns la solicitările primite din partea Contractantului sau Persoanei Asigurate este de maxim 30 de zile de la data la care Asigurătorul a recepționat solicitarea.

Articolul 12. Protecția datelor cu caracter personal

1. Contractantul și Persoana Asigurată sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate în Contractul de asigurare sau în orice alt document prezentat Asigurătorului ca parte sau în legătură cu

Asigurarea să fie stocate într-o bază de date creată și administrată de către Asigurător.

2. Contractantul și Persoana Asigurată, sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie transferate de către Asigurător în Austria, în Germania sau în alte state din Uniunea Europeană în vederea prelucrării acestora în scopul încheierii și administrării Contractului de Asigurare.
3. Contractantul și Persoana Asigurată sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie transferate de Asigurător, dacă va fi cazul, către companii partenere ale Asigurătorului, în vederea prelucrării acestora în scopul încheierii și administrării Contractului de Asigurare. În acest scop:
 - a. Asigurătorul își asumă responsabilitatea pentru prelucrarea datelor cu caracter personal de către partenerii acestuia în limitele respectării obligațiilor Asigurătorului prezentate în acest capitol al Condițiilor de Asigurare;
 - b. Asigurătorul nu va fi obligat să solicite în scris acordul expres al Contractantului sau Persoanei Asigurate pentru transfer.
4. Datele personale furnizate de către Persoana Asigurată vor fi utilizate doar în legătură cu Contractul de Asigurare și în scopul notificării Persoanei Asigurate cu privire la noutăți și produse ale Asigurătorului, notificări legale și în legătura cu Data de început și de încetare a Acoperirii prin Asigurare.
5. Contractantul și Persoana Asigurată au dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra acestor date și dreptul de opoziție, așa cum acestea sunt reglementate de Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Contractantul sau Persoana Asigurată își pot exercita aceste drepturi depunând la Asigurător o cerere scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o adresă diferită de adresa de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea se face personal.

Articolul 13. Prevederi finale

1. La solicitarea expresă a Persoanei Asigurate, Asigurătorul va furniza acesteia informații suplimentare în legătură cu Contractul de Asigurare, în vederea îndeplinirii exigențelor privind transparența.
2. Orice litigiu reclamat de către Persoana Asigurată / Beneficiar / Contractant în legătură cu interpretarea și executarea Contractului de Asigurare va fi soluționat pe cale amiabilă prin formularea unei sesizări scrise la sediul Asigurătorului. Această sesizare va fi analizată de Biroul Relații cu Clienții în termen de maxim 15 de zile calendaristice de la data primirii sale și va fi finalizată prin transmiterea unui răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea. Agentul de Asigurare Subordonat va încerca să soluționeze pe cale amiabilă orice litigiu în legătură cu activitatea de intermediere a contractului

- de asigurare. În acest sens, orice reclamație formulată în scris de către Asigurat va fi analizată atent și va fi finalizată prin transmiterea unui răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea, în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia. Dacă soluționarea amiabilă este imposibilă, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente
- Orice petiție privitoare la acest produs de asigurare va fi făcută în scris și transmisă prin fax, e-mail sau scrisoare, către Asigurător ori prin intermediul aplicației de "Petiții" de pe site-ul www.ergo.ro. Petiția trebuie să conțină cel puțin următoarele date de identificare: numele/ prenumele și CNP-ul asiguratului/ petentului. ERGO Asigurări de Viață SA va răspunde petentului, în scris, în termen de 30 zile de la data înregistrării petiției.
 - Legea aplicabilă Contractului de Asigurare este legea română, respectiv Codul Civil al României, Legea nr. 136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, cu modificările și completările ulterioare, precum și Legea 32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor cu modificările și completările ulterioare.
 - Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile de la evenimentul declanșator; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentul respectiv. Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor care le revin în cadrul prezentului contract după producerea oricăruia din cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.
 - În cazul apariției oricăror modificări ale legislației, a procedurilor legale sau a interpretării legii, după data Începerii Acoperirii prin Asigurare a Contractului de Asigurare și care duc la creșterea sau extinderea obligațiilor oricăreia dintre părți (Asigurătorul, Contractantul sau Persoana Asigurată), părțile sunt de acord să răspundă afirmativ la solicitarea unei discuții imediate, formulate în scris de oricare dintre părți, în vederea revizuirii termenilor și condițiilor Asigurării, astfel încât obiectivele stabilite inițial să fie atinse.
 - Asigurătorul poate modifica prezentele **Condiții de Asigurare**, dacă există o modificare a legislației în vigoare ce afectează Asigurătorul sau Contractul de Asigurare.
 - Nu se poate renunța la niciuna dintre clauzele prezentelor Condiții de Asigurare și niciuna dintre acestea nu poate fi modificată, dacă nu se prevede altfel în Condițiile de Asigurare, cu excepția situației în care o clauză de modificare a Condițiilor de Asigurare este emisă de Asigurător și semnată de un oficial autorizat al acestuia.
 - Asigurătorul va transmite o notificare scrisă Contractantului, Persoanei Asigurate despre orice modificare a Condițiilor de Asigurare sau a ratei de primă specificată în Certificatul de Asigurare cu 60 de zile înainte de data modificării.
 - Corespondența transmisă de către Asigurător Persoanei Asigurate, indiferent dacă a fost trimisă prin notificare tip sms sau posta electronica, se consideră a fi primită la data când a fost expediată de către Asigurător pe adresele menționate în Contractul de Asigurare. În cazul în care Persoana Asigurată nu își îndeplinește obligațiile contractuale și nu notifică schimbarea adresei de corespondență, de email sau a numărului de telefon Asigurătorului, corespondența se consideră a fi primită la data la care acest document a fost returnat Asigurătorului ca fiind nelivrabil. În situația în care Persoana Asigurată solicită ca toată corespondența dintre Asigurător și ea să se poarte prin scrisoare cu confirmare de primire, corespondența se consideră a fi primită la data înscrisă pe confirmarea de primire. În cazul în care Persoana Asigurată nu își îndeplinește obligațiile contractuale și nu notifică schimbarea adresei de corespondență, Asigurătorului, corespondența se consideră a fi primită la data la care acest document a fost returnat Asigurătorului ca fiind nelivrabil/expirat termenul de păstrare.
 - Fondul de Garantare:** art. 60 din Legea nr. 136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, modificată și completată: În cazul în care Societatea de asigurare se afla în stare de insolvabilitate, sumele pretinse cu titlu de creanțe din asigurări vor fi acoperite din Fondul de Garantare (constituit și administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară destinat protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării precum și terțelor persoane pagubite. Deducerile sunt cele prevăzute de legislația fiscală. Taxele, impozitele și deducerile în legătură cu prezentul Contract de Asigurare, dacă acestea există, se vor plăti conform legislației române în vigoare.
 - Asigurătorul nu deține participații la Agentul de Asigurare Subordonat.
 - Prin acceptarea prezentelor **Condiții de Asigurare**, Contractantul și Persoana Asigurată acceptă că orice modificare a datelor de identificare a Societății de Asigurare, cum ar fi dar nelimitat la: denumire, forma juridică, sediul social, telefon sau orice alte date de identificare, să fie aduse la cunoștința acestuia prin menționarea modificărilor pe pagina de internet a Asigurătorului.
 - Specimenul de semnătură** – Semnătura Persoanei Asigurate din Certificatul de asigurare este considerată specimen. Toate solicitările ulterioare vor fi luate în considerare dacă vor avea aceeași semnătura ca aceea de pe Certificat de asigurare. În cazul în care Persoana Asigurată își schimbă semnătura pe parcursul derulării Contractului de Asigurare, acesta are obligația de a aduce la cunoștința Asigurătorului acest fapt, printr-un document scris. Documentul respectiv trebuie să cuprindă ambele specimene, atât cel vechi cât și cel nou.

Tabel De Plăți Pentru Invaliditatea Parțială Permanentă

- Tabelul nr. I -

| Pierderea anatomică sau funcțională | Gradul de invaliditate | |
|---|-------------------------------|----------------|
| Invaliditate parțială permanentă | | |
| Cap | | |
| Pierderea de substanță osoasă craniană în toată grosimea ei: | 40% | |
| <input type="checkbox"/> Suprafață de cel puțin 6 cm ² | 20% | |
| <input type="checkbox"/> suprafață de 3 la 6 cm ² | 10% | |
| <input type="checkbox"/> suprafață mai mică de 3 cm ² | | |
| Pierderea parțială a mandibulei și a cel puțin jumătate dintre oasele maxilare | 40% | |
| Pierderea unui ochi | 40% | |
| Pierderea completă și permanentă a auzului la o ureche | 30% | |
| Membre superioare | Dreapta | Stanga* |
| Pierderea unui braț sau a unei mâini | 60% | 50% |
| Paralizie totală a membrelor superioare (leziune incurabilă a nervilor) | 65% | 55% |
| Pierderea considerabilă a substanței osoase a brațului (leziune definitivă și incurabilă) | 50% | 40% |
| Paralizie totală a nervului circumflex | 20% | 15% |
| Anchilozarea umărului | 40% | 30% |
| Anchilozarea cotului | | |
| <input type="checkbox"/> într-o poziție favorabilă (15° față de poziția normală) | 25% | 20% |
| <input type="checkbox"/> într-o poziție nefavorabilă | 40% | 35% |
| Pierderea extinsă a substanței osoase a celor două oase ale antebrățului (leziune definitivă și incurabilă) | 40% | 30% |
| Paralizie totală a nervului median | 45% | 35% |
| Paralizie totală a nervului radial în punctul de torsiune | 40% | 35% |
| Paralizie totală a nervului radial al antebrățului | 30% | 25% |
| Paralizie totală a nervului radial al mâinii | 20% | 15% |
| Paralizie totală a nervului cubital | 30% | 25% |

| | | |
|--|-----|-----|
| Anchilozarea încheieturii mâinii | | |
| <input type="checkbox"/> într-o poziție favorabilă (drept în pronație) | 20% | 15% |
| <input type="checkbox"/> în poziție nefavorabilă (flexată sau înindere forțată sau într-o poziție culcată) | 30% | 25% |
| Pierdere totală sau anchilozarea degetului mare | 20% | 15% |
| Pierdere parțială a degetului mare (falanga ungală) | 10% | 5% |
| Pierdere totală a degetului arătător | 15% | 10% |
| Amputarea a două falange ale degetului arătător | 10% | 8% |
| Amputarea falangei unguale a degetului arătător | 5% | 3% |
| Amputarea simultană a degetului mare și a degetului arătător | 35% | 25% |
| Amputarea degetului mare și a altui deget decât cel arătător | 25% | 20% |
| Amputarea a două degete altele decât arătătorul și degetul mare | 12% | 8% |
| Amputarea a trei degete altele decât degetul mare și arătătorul | 20% | 15% |
| Amputarea a patru degete inclusiv degetul mare | 45% | 40% |
| Amputarea a patru degete exclusiv degetul mare | 40% | 35% |
| Amputarea degetului mijlociu | 10% | 8% |
| Amputarea altui deget decât degetul mare, arătător sau mijlociu | 7% | 3% |
| <i>* Pentru persoanele stângace, procentul pentru dreapta și stânga se vor inversa</i> | | |
| Membrele inferioare | | |
| Pierdere totală a coapsei (de la nivelul jumătății superioare) | | 60% |
| Pierdere totală a gambei (jumătatea inferioară) și a piciorului | | 50% |
| Pierdere parțială a piciorului (dezarticulare medio-tarsiană) | | 45% |
| Pierdere parțială a labei piciorului | | 40% |
| <input type="checkbox"/> amputarea sub osul gleznei | | 35% |
| <input type="checkbox"/> amputarea din articulația medio-tarsiană | | 30% |
| <input type="checkbox"/> amputarea din articulația tarsio-metatarsiană | | |
| Paralizie totală a membrelor inferioare (leziune incurabilă a nervului) | | 60% |
| Paralizie completă a nervului sciatic popliteu extern | | 30% |
| Paralizie completă a nervului sciatic popliteu intern | | 20% |
| Paralizie completă a celor doi nervi (sciatic popliteu intern și extern) | | 40% |
| Anchilozarea : | | |
| <input type="checkbox"/> șoldului | | 40% |
| <input type="checkbox"/> genunchilor | | 20% |

| | |
|---|-------------------|
| Pierderea de substanță osoasă de la femur sau ambele oase ale piciorului (leziune incurabilă) | 60% |
| Pierderea de substanță osoasă a rotulei cu separarea semnificativă a fragmentelor și dificultate considerabilă de mișcare la întinderea picioarelor | 40% |
| Pierdere de substanță osoasă a rotulei cu scăderea capacității de mișcare | 20% |
| Scurtarea membrului inferior cu: <input type="checkbox"/> cel puțin 5 cm <input type="checkbox"/> între 3 și 5 cm <input type="checkbox"/> între 1 și 3 cm | 30% 20% 10% |
| Amputarea tuturor degetelor de la picior | 25% |
| Amputarea a patru degete de la picior <input type="checkbox"/> inclusiv degetul mare <input type="checkbox"/> exclusiv degetul mare | 20% 10% |
| Amputarea sau anchilozarea degetului mare de la picior | 10% |
| Amputarea a două degete de la picior (altele decât degetul mare) | 5% |
| Amputarea unui deget de la picior (altul decât degetul mare de la picior) | 3% |