

Condiții de asigurare pentru asigurarea medicală de călătorie în străinătate cu valabilitate de un an MULTITRAVEL

INTRODUCERE

1. Allianz-Tiriac Asigurări S.A. asigură persoane fizice pentru riscurile expres prevăzute în polița și în condițiile de asigurare.

2. Condițiile de asigurare, împreună cu polița și toate documentele semnate sau acceptate prin mijloace on-line de către Asigurat la solicitarea Asigurătorului, precum și toate documentele emise de Asigurător, în format fizic pe hârtie sau electronic, în legătură cu prezenta asigurare, sunt parte integrantă a contractului de asigurare.

DEFINIȚII

3. În cuprinsul prezentelor condiții, se adoptă următoarele definiții:

Accident: eveniment subit, provenit din afară, violent și produs fără voința Asiguratului.

Act de terorism: ansamblul de acțiuni și/sau amenințări care prezintă pericol public și afectează securitatea națională, așa cum sunt calificate de legislația în vigoare.

Afecțiune acută: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție rapidă, care în urma unui tratament adecvat pe termen scurt, duce la reîntoarcerea la starea de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

Afecțiune/vătămare/condiție medicală pre-existentă: o leziune, boală sau consecințele acestora, precum și orice manifestare patologică sau de natură medicală rezultată în urma unei boli sau a unui accident survenite anterior datei începerii răspunderii Asigurătorului, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, pentru care Asiguratul:

a) a fost diagnosticat, sau

b) a solicitat, a primit sau a urmat tratament sau servicii medicale, sau

c) știa de existența acesteia, sau

d) a prezentat semne/simptome/manifestări obiective ce au fost consemnate în documente medicale eliberate de medic sau de o unitate medicală.

Asigurător: Allianz-Tiriac Asigurări S.A., numărul de ordine în Registrul asigurătorilor, reasigurătorilor și intermediarilor în asigurări și/sau în reasigurări RA-017.

Asigurat: persoana fizică, nominalizată în polița de asigurare, asigurată, în baza contractului de asigurare, pentru riscurile prevăzute în prezentele condiții de asigurare.

Boală: orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism, sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de un medic conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice.

Boală cronică: afecțiune medicală care are cel puțin una din următoarele caracteristici:

a) este expresia unor modificări fiziopatologice și/sau anatomopatologice ireversibile;

b) manifestările clinice și/sau paraclinice sunt prezente timp de cel puțin trei luni consecutiv;

c) este incurabilă, deși manifestările clinice și/sau paraclinice pot fi absente pe perioade variabile;

d) evoluția este progresivă, cu sau fără tratament;

e) evoluția este regresivă, dar există potențial permanent de recădere/recidivă/agravare/complicații;

f) necesită supraveghere medicală și/sau intervenție terapeutică constantă.

Carantină: izolarea obligatorie, impusă prin ordin al autorității sau al guvernului, în scop preventiv sau deoarece Asiguratul este diagnosticat cu COVID-19 sau se află în observație pentru suspiciunea de infectare cu SARS-CoV2 sau vine/se întoarce dintr-o zonă geografică pentru care este instituită o perioadă obligatorie de carantinare.

Cheltuieli medicale: sunt considerate următoarele categorii de cheltuieli, pentru:

a) tratamentul ambulatoriu al Asiguratului: sunt acoperite costurile aferente tratamentului, ca urmare a unei urgențe medicale sau a unui accident, pentru un interval de maximum 15 zile calendaristice de la producerea riscului asigurat;

b) medicamente și materiale sanitare prescrise de medic, cu excepția protezelor; este acoperită medicația ca urmare a unei urgențe medicale sau a unui accident pentru un interval de maximum 15 zile calendaristice de la data producerii riscului asigurat;

c) proceduri de diagnosticare stabilite de medic;

d) spitalizare, în măsura în care aceasta are loc într-un spital, se face sub supravegherea directă a unui medic, având la dispoziția sa facilități suficiente de diagnosticare și terapie și se desfășoară numai conform metodelor recunoscute din punct de vedere științific și testate clinic în acea țară. În acest scop trebuie folosit spitalul din localitatea în care se află Asiguratul sau spitalul din localitatea cea mai apropiată, unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Asigurătorul își rezervă dreptul de a acoperi costurile tratamentului în condiții de spitalizare numai până când starea medicală a Asiguratului permite repatrierea pentru continuarea tratamentului adecvat în România sau în țara de rezidență;

e) intervenții chirurgicale de urgență;

f) tratament stomatologic de urgență, dar numai pentru calmarea durerilor acute, pentru maximum doi dinți și în limita a 150 EUR pentru un dinte tratat;

g) cheltuieli pentru transportul efectuat de serviciile de ambulanță, până la cel mai apropiat spital sau la cel mai apropiat medic;

h) cheltuieli pentru transferul și tratamentul la o clinică de specialitate, dacă acesta este solicitat de medicul curant.

Cheltuieli de repatriere: sunt considerate următoarele categorii de cheltuieli, pentru:

a) repatrierea medicală;

b) repatrierea corpului neînsuflit, inclusiv cheltuielile efectuate pentru obținerea autorizației de repatriere.

Compania de Asistență: societate indicată în poliță, împuternicită să reprezinte Allianz Tiriac Asigurări S.A. în afara granițelor României în scopul oferirii de asistență asiguraților în cazul producerii unui risc asigurat.

Contractant: persoana care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul și, în această calitate, are drepturile și obligațiile specificate în condițiile de asigurare.

Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare: data înscrisă în poliță la care începe răspunderea Asigurătorului.

Data de maturitate a contractului de asigurare: data înscrisă în poliță la care contractul expiră.

Condiții de asigurare pentru asigurarea medicală de călătorie în străinătate cu valabilitate de un an MULTITRAVEL

Allianz-Tiriac Asigurări S.A.
Str. Căderea Bastiliei nr. 80-84
Sector 1, București, 010616, România
Telefon 0212019100
Fax 0212082211
www.allianztiriac.ro

Capital social subscris și vărsat: 94.393.890 lei
Înregistrat la ORC sub nr. J40/15882/1994, CUI: 6120740
Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară
Codul alocat în Registrul asigurătorilor și reasigurătorilor: RA-017
Codul LEI 529900XKNXM9MBH8GS45
Operator de date cu caracter personal nr. 779
SR EN ISO 9001:2015

CAM09



EN ISO 9001
Certificate No. 312-052

Pag 1 din 6

Data de reziliere a contractului de asigurare: data începând de la care răspunderea Asigurătorului pentru riscurile survenite ulterior încetează.

Durata călătoriei: perioada de timp de la părăsirea până la revenirea pe teritoriul României în scopul efectuării unei călătorii care face obiectul încheierii contractului de asigurare.

Forță majoră: în sensul prezentului contract, termenul forță majoră înseamnă un eveniment imprevizibil și insurmontabil, independent de orice control al părții implicate și care generează imposibilitatea temporară sau definitivă de executare parțială ori totală a obligațiilor și care constituie sau este de natura unui sau mai multora dintre evenimentele care urmează: catastrofe naturale, incendii, inundații, explozii, fulgere, tornade, cutemure, alunecări de teren, epidemii, război, război civil, blocade, insurecții, sabotaj, acte de terorism, tulburări civile, stare de necesitate, stare de urgență.

Intermediar: reprezentant de vânzări, persoană fizică sau juridică, autorizat să desfășoare activitatea de intermediere de asigurări conform reglementărilor legale în vigoare, care, în baza unui contract de agent/broker cu Asigurătorul, are drepturi și atribuții privind încheierea/gestionarea contractului de asigurare.

Poliță: înscrisul constatator al încheierii contractului de asigurare.

Prima de asigurare: suma de bani unică datorată de către Contractant Asigurătorului în schimbul preluării riscului asigurat.

Puseu acut al unei boli cronice și/sau al unei afecțiuni pre-existente: agravarea bruscă a simptomatologiei unei boli cronice sau a unei afecțiuni pre-existente sau apariția unor semne/simptome severe noi, care impun intervenția medicală în scopul prevenirii decesului/leziunilor organice/decompensărilor funcționale ireversibile a funcției unor organe sau sisteme ale organismului.

Repatriere medicală: transportul Asiguratului efectuat în condiții speciale, din străinătate la spitalul cel mai apropiat de domiciliul său, care poate oferi tratamentul medical adecvat, precum și transportul unui cadru medical însoțitor, în cazul în care cele de mai sus sunt recomandate de medic. În cazul în care Asiguratul este imobilizat și necesită condiții speciale de transport din punct de vedere medical, se consideră repatriere medicală transportul din străinătate până în România sau țara de rezidență.

Repatrierea corpului neînsuflețit: aducerea în România sau în țara de rezidență a corpului neînsuflețit al Asiguratului, ca urmare a decesului survenit în urma producerii unui risc asigurat în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Sport de agrement: activitate sportivă cu grad redus de risc, practică ocazional de către Asigurat pe perioada călătoriei în străinătate în scop recreativ, dacă este exercitată:

a) folosind echipamente/dotări corespunzătoare închiriate de la un operator autorizat, din dotarea proprie sau altele similar acestora,

b) într-un perimetru în care funcționează o ofertă a unui operator autorizat pentru asistență în practicarea respectivei activități la nivel amator prin închiriere de echipamente/dotări și/sau însoțire în practicarea activității sportive incluzând, dar fără a se limita la: călărie, patinaj, ciclism montan, ascensiuni montane (până la 3.000 m), schi, ski-bobbing, snowboard, schi nautic, surfing, wind-surfing, parascending, navigație, iahting, rafting, canoe, caiac, scuba diving, carting.

Sport extrem: activitate sportivă (numită și sport de acțiune, de aventură sau liber) ce prezintă un grad de pericolozitate ridicat pentru practicant. De obicei aceste sporturi includ elemente de cascadorie, se desfășoară în condiții extreme (viteză mare, altitudine sau adâncime mare, la temperaturi extreme, pe un teren ale cărui condiții nu pot fi controlate etc.) și necesită un nivel ridicat de efort fizic. Categoria sporturilor extreme cuprinde și activitățile recreative/hobby-urile cu un grad înalt de pericolozitate și include m aici (fără a ne limita la): aviație, parașutism, planorism, zbor cu

parapanta, deltaplanorism, sărituri cu schiurile, schi acrobatic, bungee-jumping, escaladă/alpinism, speologie, curse de călărie, rodeo, competiții în sporturi de contact, vânătoare, curse auto, circuite pentru motocicliști, scufundări libere, la mare adâncime sau sub strat de gheață.

Sport profesionist: activitatea sportivă practică de un sportiv profesionist, sunt incluse în această categorie aceleași activități menționate în cadrul definiției sportului de agrement. Pentru sporturile nemenționate este necesar acordul Asigurătorului.

Sportiv profesionist: persoană care practică un sport de performanță și are relații contractuale de muncă cu cluburile sau cu asociațiile sportive la care este legitimat.

Suma asigurată: valoare indicată în documentele contractuale, în limita căreia Asigurătorul plătește cheltuieli medicale la producerea riscului asigurat.

Tarif standard: prima de asigurare pe care trebuie să o plătească Contractantul în schimbul asigurării pentru riscurile menționate în documentele contractuale fără a fi acoperită practicarea sporturilor de agrement.

Tarif cu sport de agrement: prima de asigurare majorată față de tariful standard, pe care trebuie să o plătească Contractantul, în schimbul asigurării pentru riscurile menționate în documentele contractuale, cu acoperirea inclusiv a practicării sporturilor de agrement.

Țara de rezidență: țara în care Asiguratul are domiciliul și/sau reședința permanentă și în care va fi repatriat.

Urgență medicală: o vătămare corporală sau o afecțiune acută care presupune un risc imediat pentru viața persoanei sau care afectează sănătatea acesteia pe termen lung și care necesită îngrijiri medicale imediate.

ÎNCEPUTUL RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

4. Răspunderea Asigurătorului începe la data menționată în poliță ca fiind data începerii perioadei de valabilitate a contractului de asigurare, dar nu înainte de trecerea frontierei de stat a României pentru efectuarea călătoriei în străinătate și a efectuării plății primei de asigurare.

5. Dacă la momentul încheierii contractului de asigurare, Asiguratul nu se află pe teritoriul României, răspunderea Asigurătorului începe după 7 zile calendaristice, calculate din ziua următoare emiterii contractului de asigurare și efectuării plății primei de asigurare.

6. În cazul în care data de intrare în vigoare a contractului de asigurare corespunde cu data plecării în străinătate, contractul de asigurare va intra în vigoare după 2 ore de la momentul emiterii sale.

ÎNCHIEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

7. Contractantul poliței este Asiguratul, cu excepția minorilor, pentru care reprezentatul lor legal este Contractant.

8. Poate fi asigurată orice persoană a cărei vârstă la data încheierii asigurării este cuprinsă între 0 și 70 de ani. În sensul prezentelor condiții se ia în calcul vârsta în ani împliniți la data încheierii contractului de asigurare.

9. Contractul de asigurare va fi emis numai după achitarea integrală a primei de asigurare.

10. Contractul de asigurare se încheie pentru o perioadă de un an de zile și este valabil pentru toate călătoriile efectuate de Asigurat în afara granițelor României și a țării de rezidență în perioada asigurată, conform planului de asigurare ales. Contractul de asigurare nu oferă acoperire pentru călătoriile începute înainte de data încheierii sale.

11. Contractul de asigurare se poate reînnoi pentru perioade de câte 1 (un) an, în termenii și condițiile comunicate de Asigurat. Reînnoirea se consideră acceptată odată cu plata primei de asigurare.

RISCURI ASIGURATE

12. Asigurătorul rambursează contravaloarea:

a) cheltuielilor medicale efectuate exclusiv ca urmare a unei urgențe medicale suferite de Asigurat pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare în care acesta se află în străinătate,

b) cheltuielilor de repatriere efectuate exclusiv ca urmare:

1. a unei urgențe medicale suferite de Asigurat pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare în care acesta se află în străinătate sau,

2. a decesului Asiguratului din orice cauză survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, în timpul călătoriei în afara granițelor teritoriale ale României și ale țării de rezidență, și atestat prin certificatul constatator al decesului, eliberat de organul competent.

13. Asigurătorul va rambursa doar contravaloarea cheltuielilor pentru riscurile asigurate produse în primele 25 de zile ale fiecărei șederi în străinătate.

LIMITA TERITORIALĂ

14. Riscul asigurat este acoperit, în funcție de opțiunea Asiguratului, astfel:

a) PLANUL 1: în toate țările cu excepția SUA, Canadei, României și a țării de rezidență a Asiguratului,

b) PLANUL 2: în toate țările cu excepția României și a țării de rezidență a Asiguratului.

SUMA ASIGURATĂ

15. Suma asigurată este în valoare de **30.000 Euro**, din care **7.000 Euro** reprezintă cheltuieli de repatriere și **1.000 Euro** reprezintă cheltuieli medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice și/sau afecțiuni pre-existente. Suma asigurată pentru cheltuielile de repatriere și pentru cheltuielile medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice sau afecțiuni pre-existente va fi dedusă din suma asigurată stabilită pentru cheltuieli medicale.

16. Suma asigurată conform contractului de asigurare este aceeași indiferent de planul ales.

EXCLUDERI

17. Asigurătorul nu acoperă riscurile excluse în definițiile cheltuielilor medicale și cheltuielilor de repatriere și nici riscurile cauzate direct sau indirect de:

a) evenimente de război (război, invazie sau acțiuni ale forțelor străine, ostilități, operațiuni de război sau orice acțiuni similare sau în legătură cu războiul), indiferent dacă războiul a fost declarat sau nu;

b) participarea Asiguratului la misiuni militare cu profil operativ sau de instruire (inclusiv misiuni de menținere a păcii);

c) acte de terorism sau tulburări interne (război civil, răscoală, revoluție, revoltă, răzvrățire, rebeliune civilă ținând cont de proporția și extinderea unei acțiuni ostile a populației, tulburări sociale, insurecție, atac militar, rebeliune, terorism, conspirație, sabotaj, acțiuni de uzurpare a puterii de stat sau militare, legea marțială sau starea de asediu sau oricare dintre evenimentele sau cauzele care determină proclamarea sau întreținerea legii marțiale sau a stării de asediu);

d) explozie atomică, radiații sau infestări radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice, nucleare sau materialelor fisionabile;

e) poluare sau contaminare din orice cauză, inclusiv arme biologice sau chimice;

f) automutilarea sau tentativă de sinucidere a Asiguratului chiar dacă acesta s-a aflat într-o situație în care i-a fost afectat discernământul;

g) orice fel de afecțiuni psihice;

h) săvârșirea cu intenție de către Asigurat a unei fapte incriminate ca infracțiune de legea statutului în care s-a produs fapta (constată

printr-un act judiciar emis de autoritatea competentă din statul unde s-a săvârșit fapta), dacă aceasta este incriminată de legea română;

i) starea de ebrietate, etilismul cronic, consumul de substanțe halucinogene și/sau produse farmaceutice nerecomandate de medic;

j) evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/pandemii declarate în mod oficial de către Autoritatea abilitată; prin excepție sunt acoperite cheltuielile medicale și de repatriere aferente îmbolnăvirii cu COVID-19 dacă acestea nu sunt generate pe teritoriul SUA, Canada sau al unei țări în care, în ziua anterioară intrării în vigoare a contractului de asigurare, este în vigoare starea de urgență totală la nivel federal/național sau starea de urgență parțială la nivelul provinciei/regiunii în care se efectuează călătoria; nu sunt acoperite cheltuielile cu cazarea în urma carantinării impuse în scop preventiv de autoritățile locale sau din cauza diagnosticării cu COVID-19 pe durata unei călătorii în străinătate;

k) angajarea în ocupații care necesită efort fizic (altele decât cele cu muncă de birou sau studii) incluzând dar fără a se limita la: munci agricole, industrie chimică, alimentară, textilă, a pielăriei, a hârtiei și celulozei, a energiei electrice, tipografii, ateliere de reparații, transporturi rutiere sau feroviare, pădurari, industria cauciucului, mase pastice, petrol și gaze, rafinării, extracția minereurilor feroase și neferoase, construcții civile și industriale, precum și angajarea în ocupații periculoase după cum urmează: forțe armate (servicii speciale, activități cu dispozitive explozibile, aviație militară, navigație militară, pompieri militari), aviație (aviație utilitară, piloți de testare, piloți pentru platformele pentru combustibil), scafandri care folosesc explozibili, forțe speciale ale poliției, servicii de securitate personală, alpinism utilitar, activități de exploatare minieră (în subteran) sau de instalații pentru combustibili, activități pe platforme de petrol și gaze, activități în industria substanțelor explozibile;

l) implicarea Asiguratului în aviație altfel decât ca pasager al unei companii autorizate să efectueze transportul de persoane;

m) participarea în orice fel de cursă sau competiție (inclusiv antrenamentul pentru acestea) ca și sportiv profesionist;

n) practicarea de către Asigurat a unui sport extrem sau a unor hobby-uri periculoase;

o) practicarea ocazională de către Asigurat pe perioada călătoriei a unui sport de agrement, conform definiției din condițiile de asigurare, cu excepția cazului pentru care a fost achitată prima corespunzătoare tarifului cu sport de agrement.

18. Suplimentar excluderilor din articolul anterior, Asigurătorul nu acoperă:

a) cheltuielile medicale cauzate direct sau indirect de boli cronice sau afecțiuni pre-existente intrării în vigoare a contractului de asigurare sau agravarea acestora (inclusiv acutizarea și recidiva acestora) precum și consecințele acestora, cu excepția cheltuielilor medicale ca urmare a puseului acut al unei boli cronice și/sau afecțiuni pre-existente în limita stabilită conform prezentelor condiții de asigurare; excluderea este valabilă și pentru alte proceduri medicale sau accidente efectuate sau întâmplate înaintea începerii perioadei asigurate, precum și consecințele acestora;

b) cheltuielile medicale în legătură cu diagnosticarea și/sau tratamentul cancerului, al bolilor cu transmitere sexuală, infectarea cu HIV, SIDA și consecințele acestora;

c) cheltuielile medicale legate de cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare;

d) cheltuieli medicale pentru îndepărtarea defectelor sau anomaliilor/malformațiilor fizice (chirurgie plastică);

e) cheltuielile medicale în legătură cu nașterea copilului, tratamente sau controale medicale specifice stării de graviditate. Totuși, potrivit

prevederilor prezentelor condiții, în cazul unor complicații acute apărute în primele 30 de săptămâni de sarcină, Asigurătorul va despăgubi cheltuielile care privesc strict procedurile medicale de salvare a vieții mamei și/sau copilului;

f) cheltuielile medicale pentru proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;

g) cheltuielile medicale pentru homeopatie sau tratamente de medicină alternativă, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical și neautorizate de instituții medicale competente și consecințele acestora;

h) cheltuieli medicale pentru reabilitare și fizioterapie sau cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;

i) cheltuieli medicale pentru tratamente stomatologice definitive, tratamente de canal (cu excepția cazurilor în care tratamentul de canal se adresează calmării durerilor acute), ortodontie, boli parodontale, detartrare, dinți artificiali, coroane/punți dentare;

j) cheltuieli medicale pentru examinări de rutină, controale sau verificări medicale generale (tip fișă medicală), inclusiv vaccinări de rutină impuse sau solicitate de autorități medicale locale;

k) cheltuieli medicale pentru servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului precum și intervenții chirurgicale sau tratamente medicale care pot fi amânate până la revenirea în țară a Asiguratului;

l) cheltuieli medicale cu medicamente sau tratamente necesare a fi administrate sau acordate pe parcursul deplasării în străinătate, dar care erau cunoscute sau prescrise înainte de începerea călătoriei;

m) cheltuieli de repatriere pentru care nu există acordul prealabil al Asigurătorului, precum și cheltuielile medicale angajate după data la care, deși posibilă, repatrierea medicală nu s-a efectuat ca urmare a unei decizii a Asiguratului.

PRIME

19. Prima de asigurare se plătește în RON, anticipat și integral, pentru întreaga perioadă de asigurare.

20. În funcție de opțiunea Contractantului/Asiguratului referitoare la solicitarea de acoperire a sporturilor de agrement, prima de asigurare este stabilită conform tarifului corespunzător: tarif standard sau tarif cu sport de agrement.

21. Contractantul este exclusiv răspunzător de plata primei de asigurare și are obligația de a solicita/obține și de a păstra dovada plății acesteia (chitanță-faktură, ordin de plată etc.).

22. Plata primelor de asigurare se poate efectua prin orice modalitate acceptată de Asigurător. Contractantul suportă toate taxele și comisioanele referitoare la plata primelor de asigurare și a altor sume datorate Asigurătorului.

Contractantul are dreptul să solicite rezilierea contractului de asigurare și restituirea primei de asigurare plătite, formulând o cerere în scris către Asigurător. În funcție de data la care se efectuează solicitarea, Asigurătorul restituie prima de asigurare, astfel:

a) înainte de intrarea în valabilitate a contractului de asigurare, restituirea primei de asigurare se face integral;

b) după intrarea în valabilitate a contractului de asigurare, restituirea primei de asigurare se face pro-rata, calculată pe luni întregi de asigurare (fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă).

23. Nici o restituire de primă nu va putea fi făcută în cazul în care s-a avizat anterior producerea unui risc.

24. Sumele care urmează a fi restituite Contractantului se vor plăti în RON, într-un cont bancar al Contractantului, specificat în scris de către acesta și deschis la o bancă de pe teritoriul României, sau prin orice altă modalitate de plată agreată de către Asigurător.

MODIFICĂRI CONTRACTUALE

25. Contractantul are dreptul să solicite, o singură dată pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, furnizând Asigurătorului inclusiv consimțământul scris al Asiguratului, dacă este cazul, următoarele modificări contractuale:

a) extinderea acoperirii teritoriale de la **Planul 1 la Planul 2**;

b) extinderea acoperirii pentru practicarea **Sportului de agrement**.

26. Modificările contractuale, așa cum sunt specificate în articolul de mai sus, intră în vigoare după înregistrarea cererii de modificare a Contractantului la sediul Asigurătorului și numai dacă a fost achitată integral în avans prima corespunzătoare noilor acoperiri.

OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI/ASIGURATULUI

27. Contractantul/Asiguratul sunt obligați:

a) să dea răspunsuri corecte și complete în documentele întocmite la încheierea contractului de asigurare sau solicitate ulterior de către Asigurător;

b) în caz de producere a unui risc asigurat, să respecte întocmai procedura descrisă în prezentele condiții de asigurare la art. 31;

c) să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Compania de Asistență sau de Asigurător, după caz, în limba română și să faciliteze eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat;

d) să probeze data exactă la care a început călătoria printr-un document justificativ (bilet de avion, bilete de călătorie, bonuri de combustibil, bonuri de cumpărături, vignete, taxe de drum, sms de la operatorul de telefonie etc.) și durata acesteia.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. a) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia contractul de asigurare și de a refuza plata cheltuielilor medicale dacă informațiile și/sau documentele care nu au fost furnizate Asigurătorului l-ar fi determinat pe acesta să nu încheie contractul de asigurare ori să ofere contractul de asigurare în alte condiții.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. b), c) și d) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza și circumstanțele producerii riscului asigurat și/sau durata deplasării.

28. Asiguratul este obligat să ia toate măsurile pentru a preveni producerea unui risc asigurat, iar dacă acesta a avut loc, să ia măsuri în vederea limitării/stopării consecințelor ulterioare. În cazul în care suferă un accident sau se îmbolnăvește, să solicite și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru a-și grăbi restabilirea. Asigurătorul poate refuza rambursarea cheltuielilor în cazul în care constată că Asiguratul nu a cerut tratamentul medical, nu respectă indicațiile medicale sau prestează activități contraindicate în raport cu afecțiunea sau vătămarea suferită.

29. Asiguratul autorizează Asigurătorul să obțină toate informațiile considerate necesare de la terțe persoane (medici, instituții medicale) și să elibereze aceste terțe persoane de obligația de a păstra secretul profesional cu privire la cazul respectiv.

30. Contractantul este obligat să anunțe în scris Asigurătorul cu privire la orice modificare a datelor sale de contact.

AVIZAREA PRODUCERII RISCULUI

31. În cazul producerii unui risc asigurat Contractantul/Asiguratul este obligat:

a) să urmeze procedura standard, avizând producerea riscului asigurat imediat la Compania de Asistență; în cazul în care nu se urmează procedura standard, avizarea se poate face la Asigurător, în termen de 5 zile lucrătoare de la întoarcerea în țară, cu condiția ca Asiguratul/Contractantul să comunice în scris Asigurătorului motivul nerespectării procedurii standard;

b) să furnizeze informații cu privire la evenimentul produs și la datele din polița de asigurare;

c) să furnizeze către Compania de Asistență sau Asigurător, după caz, orice alte documente solicitate și relevante pentru soluționarea daunei, inclusiv documente din care să reiasă data la care Asiguratul a părăsit granițele României;

d) să respecte instrucțiunile primite de la Asigurător/Compania de Asistență.

32. În cazul producerii unui risc asigurat pentru care avizarea se face la Asigurător, Contractantul/Asiguratul este obligat să furnizeze Asiguratului următoarele documente/informații, suplimentar celor menționate mai sus:

a) declarația Asiguratului/Contractantului cu privire la descrierea evenimentului și la cuantumul cheltuielilor efectuate;

b) polița de asigurare (sau numărul acesteia);

c) act de identitate (copie) al persoanei fizice care notifică riscul produs (Asigurat/Contractant/Moștenitori legali, terți);

d) documente medicale care să ateste diagnosticul și tratamentul urmat;

e) facturi emise pe numele Asiguratului/Contractantului și chitanțe privind cheltuielile medicale sau de repatriere efectuate, inclusiv cele pentru produse farmaceutice (copia rețetei eliberate de medicul curant și bonul fiscal eliberat de farmacie aferent achiziționării medicamentelor);

f) documente din care să reiasă data la care Asiguratul a părăsit granițele României;

g) orice alte documente relevante pentru soluționarea cererii.

În cazul tratamentului dentar, documentele medicale/facturile trebuie să conțină informații privind dinții tratați și tratamentul aplicat.

33. În cazul producerii decesului Asiguratului, avizarea riscului se face de către reprezentantul legal/moștenitorii legali ai acestuia. În cazul solicitărilor de rambursare a cheltuielilor de repatriere a corpului neînsușit al Asiguratului, trebuie prezentat certificatul de deces al acestuia și documentele care să ateste cauza, locul decesului și dovada efectuării cheltuielilor pentru care s-a emis pretenția de rambursare (facturi și chitanțe emise și plăți de persoana care solicită rambursarea cheltuielilor).

34. În cazul în care avizarea producerii riscului nu se realizează conform prevederilor contractuale mai sus menționate, este necesar să se comunice în scris Asiguratului motivul nerespectării. În acest caz, Asiguratul își rezervă dreptul de a rambursa numai cheltuielile pe care le consideră strict legate de tratamentul de urgență sau de a refuza rambursarea cheltuielilor, dacă din cauza nerespectării procedurii nu se poate stabili și asuma vreo responsabilitate în baza prevederilor prezentelor condiții.

DECIZIA ASIGURĂTORULUI DUPĂ AVIZAREA RISCULUI

35. Dacă în legătură cu producerea unui risc asigurat, împotriva Asiguratului a fost instituită o anchetă sau o procedură penală, Asiguratul are dreptul să amâne luarea unei decizii asupra încadrării evenimentului conform prezentelor condiții de asigurare, doar dacă ancheta sau procedura penală în cauză au legătură directă cu producerea riscului asigurat și cel mult până la finalizarea respectivelor acțiuni legale.

36. Orice acțiune sau informație incompletă sau incorectă întreprinsă sau furnizată de către Asigurat/Contractant/reprezentant legal/moștenitor legal/terț mandatar al acestora, care împiedică Asiguratul să determine cauzele producerii riscului asigurat, dă Asiguratului dreptul de a refuza rambursarea cheltuielilor.

37. În cazul în care Asiguratul suportă contravaloarea cheltuielilor medicale din surse proprii, plata sumelor convenite Asiguratului se face de către Asigurat, pe baza documentelor prezentate în original, documente care devin proprietatea Asiguratului.

38. Asiguratul are obligația să valideze conformitatea documentelor justificative solicitate, să finalizeze toate investigațiile privind producerea evenimentului avizat și să transmită decizia sa persoanelor îndreptățite în termen de 30 zile calendaristice de la data la care primește toate documentele necesare evaluării dosarului de daună.

39. Asiguratul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical sau de alte instituții legislative sau autorități.

40. Dreptul de a ridica pretenții față de Asigurat privind rambursarea cheltuielilor medicale în baza prezentului contract de asigurare se sînge în termen de 2 ani de la data producerii riscului asigurat.

OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI ÎN CAZUL PRODUCERII ȘI AVIZĂRII RISCULUI

41. Dacă pe baza documentelor solicitate Asiguratul decide că riscul este acoperit conform prezentelor condiții, în termenul asumat pentru comunicarea deciziei sale va rambursa suma convenită.

42. Suma convenită pentru a fi rambursată conform prezentului contract de asigurare se calculează cu aplicarea următoarelor prevederi:

a) contravaloarea cheltuielilor medicale rambursate pe durata contractului de asigurare nu trebuie să depășească valoarea sumei asigurate; această sumă include și contravaloarea cheltuielilor de repatriere și a cheltuielilor medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice și/sau unei afecțiuni pre-existente;

b) contravaloarea cheltuielilor de repatriere, medicală sau a corpului neînsușit, pe durata contractului de asigurare, nu trebuie să depășească valoarea sumei asigurate pentru cheltuieli de repatriere;

c) contravaloarea cheltuielilor medicale pentru puseul acut al unei boli cronice și/sau pre-existente pe durata contractului de asigurare, nu trebuie să depășească valoarea sumei asigurate pentru cheltuielile medicale ca urmare a unui puseu acut al unei boli cronice și/sau afecțiuni pre-existente;

d) contravaloarea sumelor înscrise în bonuri fiscale/facturi face obiectul unei singure rambursări, indiferent de numărul asiguraților medicale de călătorie în străinătate încheiate cu Asiguratul.

e) dacă un accident sau o îmbolnăvire care a survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare necesită tratament în regim de spitalizare și după expirarea perioadei de valabilitate a contractului de asigurare sau a primelor 25 de zile de ședere în străinătate a Asiguratului, obligația Asiguratului de a rambursa contravaloarea cheltuielilor se poate extinde cu cel mult 15 zile calendaristice, în măsura în care Asiguratul aduce dovezi că repatrierea medicală nu a fost posibilă.

f) în limita sumei asigurate, Asiguratul va despăgubi și cheltuielile telefonice legate de comunicarea cu Compania de Asistență, în măsura în care se dovedește efectuarea lor.

43. În cazul riscurilor avizate la Compania de Asistență, plata cheltuielilor medicale se efectuează direct de către aceasta, în numele Asiguratului, sau de către Asigurat în cazul în care plata nu a putut fi efectuată de către Compania de Asistență.

44. În cazul în care solicitarea pentru rambursarea contravalorii cheltuielilor este frauduloasă ori are la bază declarații false, Asiguratul va refuza plata acestora.

45. Dacă pe baza documentelor solicitate Asiguratul decide că riscul, survenit pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, nu este acoperit conform prezentelor condiții de asigurare, va informa Contractantul/Asiguratul/Reprezentantul legal/Moștenitorul asupra deciziei de neîncadrare în condițiile de asigurare a evenimentului avizat și refuzului de rambursare a cheltuielilor medicale.

REGLEMENTAREA PLĂȚILOR DATORATE DE ASIGURĂTOR ÎN BAZA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

46. Sumele plătite în baza contractului de asigurare se vor plăti în RON, la cursul BNR din data efectuării plății, într-un cont bancar comunicat în scris Asiguratorului și deschis la o bancă de pe teritoriul României sau prin orice altă modalitate de plată agreată de către Asigurator, în termen de 30 zile calendaristice de la data furnizării tuturor documentelor necesare.

47. Eventualele taxe și comisioane privind operațiunile de plată a beneficiilor în baza contractului de asigurare vor fi suportate de către Asigurator. În cazul în care detaliile de plată comunicate de Contractant/Asigurat/Reprezentantului legal/Moștenitor nu sunt corecte și/ sau complete, iar încercarea de efectuare a plății de către Asigurator eșuează, Asiguratorul își rezervă dreptul de a reține taxele și comisioanele aferente următoarei/următoarelor ordonări la plată a aceleiași sume din valoarea ce urmează să fie plătită.

ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

48. Răspunderea contractuală a Asiguratorului încetează în următoarele cazuri:

- la inițiativa Contractantului, ca urmare a înregistrării solicitării de reziliere la sediul Asiguratorului;
- la inițiativa Asiguratorului, conform prevederilor condițiilor de asigurare, a dispozițiilor legale ori în baza prevederilor sancțiunilor internaționale;
- la ora 24:00 a zilei specificate ca data de maturitate, adică la împlinirea unui an calendaristic de la intrarea în vigoare a contractului de asigurare;
- la data la care suma rambursărilor efectuate în baza contractului de asigurare egalează suma asigurată, indiferent de numărul riscurilor asigurate produse în cadrul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare în care Asiguratorul se află în străinătate.

CORESPONDENȚA PRIVIND CONTRACTUL DE ASIGURARE

49. Orice solicitare a Contractantului înaintată Asiguratorului se efectuează pe baza unui document semnat și trimis de către acesta la sediul Asiguratorului, însoțit de toate documentele justificative solicitate de Asigurator.

50. Orice comunicare a Asiguratorului adresată Contractantului se face folosind cele mai recente date de contact comunicate de către Contractant, chiar dacă acestea sunt ale unui terț. Conținutul corespondenței îi este opozabil Contractantului, chiar dacă acesta nu și-a respectat obligația contractuală de a informa Asiguratorul cu privire la modificarea datelor sale de contact.

51. Asiguratorul nu își asumă nici o responsabilitate în ceea ce privește efectele și consecințele decurgând din întârzierea, nerecepționarea, deteriorarea, pierderea sau din alte erori de transmitere a mesajelor, scrisorilor sau documentelor, din motive independente de activitatea Asiguratorului.

52. În cazul schimbării unor elemente din documentele contractuale, Asiguratorul poate folosi orice modalitate de comunicare a acestora Contractantului (de exemplu publicație națională de mare tiraj, website-ul Asiguratorului, telefon, SMS, poșta electronică etc.).

53. Corespondența directă cu Contractantul, sub formă de scrisoare, este posibilă doar la o adresă de pe teritoriul României.

DISPOZIȚII FINALE

54. Orice solicitare adresată Asiguratorului, conform condițiilor de asigurare, trebuie semnată de către Contractant/Asigurat. Dacă semnătura din solicitarea adresată Asiguratorului nu coincide cu cea din cererea de asigurare, Asiguratorul poate solicita Contractantului/Asiguratului, după caz, confirmarea schimbării semnăturii; în acest sens, Contractantul/Asiguratorul va pune la dispoziția Asiguratorului un specimen al noii semnături.

55. Respectarea de către Contractant/Asigurat a obligațiilor ce le revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile lor sunt corecte și sincere, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asiguratorului de a rambursa contravaloarea cheltuielilor.

56. Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare este legea română.

57. Asiguratul/Contractantul persoană fizică are dreptul de informare, de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra acestora, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, precum și dreptul de a se adresa justiției, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Aceștia își pot exercita drepturile prevăzute mai sus depunând la Allianz-Tiriac Asigurări S.A. o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă care poate fi și de poșta electronică sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea acestora i se va face numai personal. Asiguratul persoană fizică este încunoscător că datele cu caracter personal pot să fie prelucrate de Allianz-Tiriac Asigurări S.A. și în scop de marketing și sondaje, putând fi contactați oricând în acest sens, și prin intermediul materialelor informative emise de Asigurator. În situația în care se dorește stoparea acestora, se poate transmite o cerere la adresa de e-mail info@allianztiriac.ro sau prin alte mijloace electronice de comunicare, puse la dispoziție de către Allianz-Tiriac Asigurări S.A.

58. Prin încheierea contractului de asigurare, Contractantul/Asiguratul persoane fizice își dau acordul în mod expres și neechivoc ca Asiguratorul să le prelucreză datele cu caracter personal și datele privind starea de sănătate, în conformitate cu prevederile legislației în vigoare pentru protecția persoanelor, cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul evaluării riscului, administrării contractului de asigurare, avizării riscurilor și stabilirea indemnizațiilor de asigurare și a altor beneficii oferite prin contractul de asigurare. De asemenea, Contractantul/Asiguratul persoane fizice înțeleg și sunt de acord că datele antemenționate pot fi transmise și prelucrate și de alte companii din Grupul Allianz sau de orice alt terț împuternicit expres de către Allianz Tiriac Asigurări S.A.

59. De asemenea, prin încheierea contractului de asigurare, Asiguratul își dă acordul expres și autorizează, în contextul avizării unui risc asigurat, orice medic curant, instituție medicală publică sau privată sau orice altă instituție ce deține informații referitoare la istoricul său medical, să furnizeze aceste date către Allianz-Tiriac Asigurări SA și îi exonerează de secretul profesional referitor la aceste informații. Mai multe informații despre protecția datelor sunt disponibile pe pagina web a companiei, www.allianztiriac.ro, în secțiunea Protecția datelor.

60. Posibilele litigii ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare, vor fi soluționate de instanțele de judecată competente.

61. Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile de la momentul apariției forței majore; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentele respective. Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor care le revin în cadrul prezentului contract după producerea oricăruia dintre cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.

62. Fondul de garantare este destinat rambursării contravalorii cheltuielilor rezultate din contractul de asigurare, în cazul constatării

insolvabilității Asiguratorului și este administrat de Comisia de Supravegherea Asiguraților.

63. Conform Codului Fiscal, primele de asigurare aferente contractelor de asigurare medicală de călătorie în străinătate nu sunt deductibile fiscal.

64. Asiguratorul nu oferă acoperire și nici nu plătește daune și orice alte beneficii, în măsura în care furnizarea unor astfel de acoperiri,

plata unor astfel de daune sau beneficii ar expune Asiguratorul la sancțiuni, interdicții sau restricții în conformitate cu rezoluțiile Națiunilor Unite/sancțiunilor comerciale sau economice/legilor și regulamentelor Uniunii Europene, Marea Britanie sau Statele Unite ale Americii.