

CONDIȚII GENERALE PRIVIND ASIGURAREA DE SĂNĂTATE

OBIECTUL ASIGURĂRII

1. În baza prezentelor condiții generale, Allianz–Tiriac Asigurări S.A., în calitate de Asigurător, se obligă ca în schimbul încasării primei de asigurare, să despăgubească persoanele nominalizate în poliță la producerea riscurilor asigurate prevăzute la art. 4 de mai jos.
2. Asigurarea acoperă numai serviciile medicale acordate pe teritoriul României.

DEFINIȚII

3. În înțelesul prezentelor condiții de asigurare, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

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

Asigurător: Allianz–Tiriac Asigurări S.A., număr de înregistrare în Registrul asiguratorilor și brokerilor de asigurare RA-017.

Asigurat: persoana a cărei stare de sănătate este asigurată prin prezentul contract de asigurare. Poate avea calitatea de Asigurat numai persoana cu domiciliul sau rezidența în România.

Angajat: persoana care are contract de muncă pe perioadă determinată sau nedeterminată încheiat cu Contractantul asigurării. În sensul prezentelor condiții pot fi asimilați angajaților și următoarele persoane: acționari, asociați, administratori, directori ai societăților comerciale precum și membrii ai unor asociații non-profit (de exemplu asociații profesionale, fundații).

Accident: evenimentul subit, provenit din afară, violent și produs fără voința Asiguratului. Sunt acoperite numai accidentele produse pe perioada de valabilitate a poliței de asigurare.

Afecțiune/vătămare/condiție medicală pre-existentă: boală, leziune postraumatică sau stare patologică, precum și consecințele acestora, apărute anterior datei intrării în vigoare a poliței de asigurare, pentru care Asiguratul:

- a fost diagnosticat, sau
- a solicitat sau a primit tratament sau servicii medicale, sau
- a urmat un tratament prescris, sau
- știa de existența acesteia, sau
- nu putea să nu observe manifestările bolii (simptomele și semnele).

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

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: o boală care are cel puțin una din următoarele caracteristici:

- a) este permanentă;
- b) determină un grad de invaliditate reziduală;
- c) există o probabilitate mare de recădere;
- d) este determinată de o modificare patologică ireversibilă;
- e) necesită instruire specială a pacientului, în vederea recuperării;

f) este susceptibilă de a genera necesitatea unei supravegheri medicale îndelungate.

Card de asigurare: cartelă magnetică care atestă faptul că persoana nominalizată are calitatea de Asigurat. Cardul va include următoarele informații: codul Asiguratului, numele și prenumele persoanei asigurate, numele companiei angajatoare, pachetul de asigurare, datele de contact ale Asigurătorului (telefon, adresa internet, etc.).

Contract de asigurare: polița de asigurare împreună cu prezentele condiții generale de asigurare, condițiile specifice de asigurare, suplimentele de asigurare și orice alte documente anexate.

Contractant: persoana care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul și, în această calitate are drepturile și obligațiile stipulate în prezentele condiții de asigurare. Contractantul poate fi o persoană fizică sau o persoană juridică care încheie contractul de asigurare, pentru asigurarea riscurilor prevăzute la art. 4 din prezentele Condiții generale, privindu-i pe angajații săi/ dependenții acestora care vor avea calitatea de Asigurați.

Dependent: soțul/soția și/sau copiii minori, precum și cei aflați în întreținerea persoanei asigurate și în vârstă de până la 24 ani dacă urmează cursurile de zi ale unei instituții de învățământ superior.

Diagnosticare: procesul de identificare a unei boli sau vătămări corporale în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice.

Forța 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 unuia sau mai multora dintre evenimentele care urmează:

- a) catastrofe naturale, incendii, inundații, explozii, fulgere, tornade, cutremure, alunecări de teren, epidemii; sau
- b) război, război civil, blocade, insurecții, sabotaj, acte de terorism, tulburări civile, stare de necesitate, stare de urgență.

Furnizor de servicii medicale: persoana fizică sau juridică a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății din România pentru a presta servicii medicale, în conformitate cu legislația română în vigoare.

Intervenții chirurgicale în ambulatoriu: tratament chirurgical care din motive medicale trebuie efectuat o anumită perioadă sub supraveghere medicală într-un spital sau altă instituție medicală și care nu implică șederea în cursul nopții.

Necesitate medicală: un serviciu sau un produs medical prestat de un furnizor medical autorizat este considerat necesar dacă Asigurătorul stabilește că este util pentru diagnosticul, asistența medicală sau tratamentul bolii sau leziunii în cauză.

Pentru a fi acceptat ca necesar, serviciul sau produsul medical trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

- a) să fie tratament sau mijloc de asistență medicală capabil atât să producă o evoluție pozitivă semnificativă cât și să nu agraveze atât boala cât și starea generală de sănătate a Asiguratului, mai mult decât orice alt mijloc alternativ de tratament sau asistență medicală;
- b) să fie o procedură de diagnostic indicată de starea de sănătate a Asiguratului și să furnizeze informații necesare stabilirii unui diagnostic rapid;
- c) în privința diagnosticului, asistenței medicale sau tratamentului, serviciul sau produsul medical să nu fie mai costisitor (luând în considerare toate cheltuielile

SanaPlan

medicale implicate de serviciul sau de produsul medical) decât orice serviciu sau produs medical similar indicat în afecțiunea sau leziunea în cauză.

Pentru determinarea oportunității aplicării serviciului sau produsului medical în circumstanțele medicale date, Asigurătorul va lua în considerare:

- informațiile obținute privind starea de sănătate a Asiguratului;
- rapoarte din literatura medicală de specialitate;
- rapoarte și ghiduri medicale publicate de organizațiile naționale de sănătate recunoscute, care includ date științifice concludente;
- standarde profesionale de siguranță și eficiență pentru diagnostic, asistență medicală și tratament recunoscute în România;
- opinia unor specialiști medicali recunoscuți în specialitățile implicate de afecțiunea sau leziunea în cauză;
- orice altă informație relevantă adusă la cunoștința Asiguratului.

În niciun caz nu se vor considera necesare următoarele servicii sau produse medicale:

- cele care nu necesită aptitudinile unui medic sau psiholog cu diplomă recunoscută;
- cele furnizate doar în scopul asigurării confortului personal sau convenabile persoanei asigurate, oricărei persoane apropiate din familie sau anturaj sau oricărui furnizor de servicii sau produse medicale;
- cele furnizate în spital deși Asiguratul ar fi putut fi diagnosticat și tratat eficient și sigur în ambulator.

Perioada de valabilitate a poliței: perioada cuprinsă între data de intrare în vigoare a poliței și data la care încetează răspunderea Asiguratului.

Risc asigurat: accidentul sau boala survenite în perioada de valabilitate a poliței, pentru care Asiguratul preia costul serviciilor medicale sau acordă indemnizații de asigurare în conformitate cu condițiile generale și specifice.

Servicii medicale: consultații medicale, tratamente sau investigații medicale efectuate de către personal medical de specialitate și autorizat, dintr-o instituție sanitară publică sau privată, autorizată în România, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate: sistem de ocrotire a sănătății populației din România reglementat prin lege.

Spital: instituție sanitară, publică sau privată, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) funcționează în condiții de deplină acreditare pe teritoriul României;
- b) dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate (cu diplomă de specialitate recunoscută în România și cu drept de liberă practică);
- c) dispune de facilități și echipamente medicale de specialitate;
- d) acordă îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați, cu consemnarea zilnică a stării clinice și a procedurilor de diagnostic și tratament aplicate acestora.

Spitalizare: perioadă continuă de internare într-un spital, ce include cel puțin o noapte de ședere, recomandată de un medic în scopul tratării afecțiunilor și/sau vătămărilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli acoperite prin prezenta poliță de asigurare.

Tratament: serviciu medical necesar în vederea vindecării sau ameliorării unei boli sau a unei vătămări corporale.

Tratament sau procedură efectuate în scop experimental: orice medicament, dispozitiv, procedură sau tratament vor fi considerate experimentale dacă:

- a) datele privind siguranța și efectele pe termen lung ale tratamentului sau procedurii respective, publicate în literatura de specialitate în urma efectuării studiilor clinice, sunt insuficiente, sau
- b) deși îndeplinesc criteriile impuse de legislație, nu s-a început promovarea lor;
- c) sunt certificate de către autoritatea medicală națională drept tratamente sau proceduri experimentale;
- d) toate protocoalele existente, specifice tratamentelor sau procedurilor respective, recunosc încadrarea acestora la stadiul experimental.

Tabel de beneficii: un rezumat al beneficiilor acoperite conform prezentei polițe de asigurare.

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

Zi de spitalizare: se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică indiferent de ora internării și externării Asiguratului.

RISCURI ASIGURATE

4. În baza prezentelor condiții sunt asigurate, în perioada de valabilitate a poliței, riscurile de îmbolnăvire sau accidentul Asiguratului, în conformitate cu condițiile specifice anexate, convenite la încheierea asigurării.

SUMA ASIGURATĂ

5. Suma asigurată este stipulată în condițiile specifice de asigurare, care însoțesc prezentele condiții generale, sau în polița de asigurare și fac parte integrantă din contractul de asigurare.

EXCLUDERI

6. Nu sunt cuprinse în asigurare:

- a) orice serviciu medical care nu este menționat în condițiile specifice anexate contractului de asigurare;
- b) serviciile medicale pentru boli cronice sau condiții pre-existente, altele decât cele prevăzute în condițiile specifice anexate contractului de asigurare;
- c) urmările războiului (declarat sau nu), ale invaziei sau acțiunii unui dușman extern, ale războiului civil, revoluției, insurecției, dictaturii militare, conspirației, urmările actelor de terorism, precum și orice costuri legate direct sau indirect de acțiuni întreprinse cu scopul de a controla, a preveni sau a suprima orice eveniment menționat anterior;
- d) efectele exploziilor atomice, radiațiilor sau infestărilor radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice sau a materialelor fisionabile, precum și urmările poluării;
- e) boli sau accidente pe care Asiguratul și le-a provocat intenționat, sinuciderea sau tentativa de sinucidere;
- f) urmările consumului de alcool sau de droguri, abuzul de medicamente;
- g) orice cheltuieli în legătură cu nașterea copilului, precum și tratamente specifice complicațiilor stării de graviditate; de asemenea, este exclusă spitalizarea ca urmare a sarcinii Asiguratei, precum și spitalizarea ca urmare a unor complicații apărute după naștere;

SanaPlan

- h)** tratamente de sterilizare, investigații și tratamente pentru infertilitate (indiferent de sex), tratamente pentru disfuncții sexuale, întreruperea voluntară a sarcinii, contracepție, precum și consecințele acestora;
- i)** proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
- j)** homeopatie sau tratamente de medicină alternativă, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical și neautorizate de instituțiile medicale competente din România și consecințele acestora;
- k)** spitalizarea sau serviciile medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului;
- l)** spitalizarea sau serviciile medicale acordate ca urmare a diagnosticării sau tratamentului greșit acordat de un cadru medical (culpă medicală certificată);
- m)** afecțiunile apărute ca urmare a faptului că Asiguratul ignoră, nu respectă sau acționează împotriva indicațiilor și recomandărilor medicului care îl tratează; de asemenea, nu sunt acoperite urmările automedicației sau a tratamentului urmat de Asigurat fără prescripție medicală;
- n)** boli sau leziuni consecutive practicării la nivel profesionist a oricărui sport, atât în timpul antrenamentelor, cât și al competițiilor, practicarea la nivel de amator sau profesionist a unor activități considerate periculoase cum ar fi: alpinism, scufundări, arte marțiale, curse de vehicule motorizate, rugby, speologie, box, parapantă, activități de aviație și navigație nedestinate transportului autorizat de persoane, K1, lupte de corp;
- o)** chirurgia estetică sau orice alt tratament, activitate efectuată în scop cosmetic sau estetic, cu excepția tratamentului necesar pentru corectarea unor defecte funcționale ca urmare a unui accident (rațiunea pur psihologică nu este validă). De asemenea, sunt excluse tratamentul venelor varicoase, tratamentele de scădere a greutateii, tratamentele dermatologice efectuate în scop estetic;
- p)** spitalizarea sau orice costuri în legătură cu tratamentul cancerului, al bolilor cu transmitere sexuală, infectarea cu HIV, SIDA și consecințele acestora, precum și studiile de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic;
- q)** transplant, achiziția de organe în vederea transplantului, inclusiv cheltuieli efectuate în vederea căutării donatorilor de organe;
- r)** cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;
- s)** spitalizare în ambulatoriu, spitalizare în scop explorator sau de diagnostic, consultații profilactice, controale sau verificări medicale generale (tip fișă medicală), inclusiv orice tip de vaccin, testările de alergii, consultații sau analize necesare pentru emiterea unor certificate, rapoarte precum și eliberarea oricărui tip de document care nu are ca scop diagnosticul și tratamentul unei afecțiuni;
- t)** tratamente logopedice;
- u)** orice cură de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare; cure de dezacoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie; reabilitare și fizioterapie; de asemenea, Asiguratorul nu acoperă zilele în care Asiguratul rămâne în spital după data de externare recomandată de către medicul specialist;
- v)** afecțiunile psihice și orice alte tulburări mentale ale Asiguratului.

ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII, POLIȚA DE ASIGURARE

7. Polița de asigurare se încheie în baza solicitării de ofertă completate și semnate de către Contractant și a listei cu persoanele asigurate trimisă de acesta, care reprezintă părți integrante ale contractului de asigurare.

8. Asigurarea se consideră încheiată prin emiterea de către Asigurător a poliței de asigurare și plata de către Contractant/Asigurat a primelor de asigurare și este valabilă exclusiv pentru riscurile specificate în Condițiile specifice anexate prezentelor condiții generale sau în polița de asigurare.

9. Pentru fiecare Asigurat, Asigurătorul va emite un card nominal de asigurare, care va cuprinde informații despre Asigurat și despre contractul de asigurare. Cardul va fi trimis de către Asigurător Contractantului, în termen de 15 zile lucrătoare de la data emiterii poliței de asigurare.

10. În cazul suplimentării numărului de angajați incluși în asigurare, Contractantul are obligația să transmită Asigurătorului, lunar, o listă cu noii angajați. Acoperirea pentru un nou Asigurat intră în vigoare după cinci zile lucrătoare din data primirii listei de la Contractant și expiră la data de încetare a valabilității poliței de asigurare. Cardul nominal de asigurare pentru noii angajați va fi trimis Contractantului, în termen de 15 zile lucrătoare de la data primirii listei.

11. În cazul excluderii de pe poliță a unui angajat, Contractantul are obligația de a anunța Asigurătorul în scris în termen de 5 zile lucrătoare din momentul încetării raporturilor de muncă. Asiguratul exclus, nu va mai putea accesa serviciile medicale oferite prin asigurare, începând cu a 5-a zi lucrătoare din data când Asigurătorul a fost informat. Contractantul nu este obligat să recupereze cardul de asigurare al angajatului exclus, aceste carduri vor fi invalidate în sistem pe baza listei primite de la Contractant.

12. Acoperirea în baza poliței de asigurare va înceta pentru un Asigurat din momentul în care își pierde calitatea de angajat al Contractantului, dar cel mai târziu la data la care acesta împlinește vârsta de 65 de ani.

13. Odată cu pierderea calității de Asigurat a unui angajat își pierde calitatea de asigurați și dependenții acestuia.

ÎNCEPUTUL ȘI ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

14. Răspunderea Asigurătorului începe la ora 00:00 a zilei următoare emiterii poliței de asigurare și încetează la ora 24:00 a zilei specificate în poliță ca dată de încetare a valabilității.

15. Acoperirea riscurilor asigurate în baza poliței de asigurare este valabilă în caz de întrerupere temporară a activității normale la locul de muncă datorată concediului de odihnă, concediului de maternitate (prenatal sau postnatal) și concediului de îngrijire a copilului sau concediului fără plată (pentru studii sau conform prevederilor contractului colectiv de muncă).

16. În cazul concediului de incapacitate temporară de muncă, acoperirea este valabilă pentru maxim 12 luni de la începutul concediului, dar numai atâta timp cât Asiguratul respectiv este angajat al Contractantului.

17. Acoperirea în situațiile precizate la art. 15 și 16 de mai sus este valabilă numai cu condiția plății continue a primelor de asigurare (inclusiv pe perioada întreruperii activității).

PRIMA DE ASIGURARE

18. Prima de asigurare poate fi plătită anticipat și integral pentru întreaga perioadă asigurată menționată în poliță sau în rate, la scadențele menționate expres în poliță

SanaPlan

de asigurare și în cuantumul specificat de Asigurător. În cazul în care prima va fi plătită în rate lunare, prima rată de primă va fi aferentă unui număr minim de 2 luni de asigurare și va fi plătită la momentul emiterii poliței de asigurare.

19. Neachitarea unei rate de primă până la data scadentă are drept consecință rezilierea de plin drept, fără punere în întârziere și fără altă formalitate valabilă, a poliței de asigurare. În acest caz, Asigurătorul are dreptul de a recupera de la Contractant contravaloarea serviciilor medicale prestate Asiguratului după data scadentă și pentru care Asigurătorul are obligații de plată față de Furnizorul de servicii medicale.

20. Prima de asigurare se plătește în RON.

21. Contractantul este exclusiv răspunzător de plata primelor de asigurare și are obligația să achite orice taxe și comisioane bancare legate de plata primelor.

OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI ȘI ALE ASIGURATULUI

22. Contractantul și Asiguratul sunt obligați:

- a) să comunice informațiile exacte, corecte și complete pe baza cărora se va emite polița de asigurare;
- b) să notifice în scris Asigurătorul, în termen de 15 zile lucrătoare, despre orice modificare intervenită în legătură cu datele luate în considerare la încheierea poliței, precum și despre orice schimbare a împrejurărilor esențiale privind posibilitatea producerii riscurilor asigurate;
- c) să avizeze în scris Asigurătorul, în termen de 30 zile calendaristice, despre producerea riscului asigurat;
- d) să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător și să permită acestuia să facă investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat.

23. Nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. a) și b) de mai sus atrage aplicarea măsurilor prevăzute prin dispozițiile art. 34 din prezentele Condiții generale.

24. În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. c) și d) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizațiilor, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza și circumstanțele producerii riscului asigurat.

25. De asemenea, Contractantul este obligat:

- a) să anunțe în scris Asigurătorul cu privire la schimbarea sediului/domiciliului; în caz contrar Asigurătorul își rezervă dreptul de a trimite toată corespondența la ultimul sediu/domiciliu cunoscut al Contractantului, această corespondență fiindu-i opozabilă Contractantului;
- b) să pună la dispoziția Asiguraților toate informațiile referitoare la polița de asigurare: condiții de asigurare, modificări care intervin pe perioada de valabilitate a poliței de asigurare;
- c) să înmâneze Asiguraților, în cel mai scurt timp de la primirea lor, cardurile nominale de asigurare împreună cu toate documentele necesare.

CONSTATAREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR DE ASIGURARE

26. În cazul producerii unui risc asigurat se vor aplica prevederile din prezentele condiții generale și din condițiile specifice anexate.

27. Indemnizațiile de asigurare se plătesc în moneda în care s-a încheiat polița de asigurare.

28. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita o examinare suplimentară a stării de sănătate a Asiguratului în vederea stabilirii necesității medicale care a impus

spitalizarea, cuantumului cheltuielilor de spitalizare, precum și a totalului zilelor de spitalizare necesare. Examinarea suplimentară va fi făcută de către medici agreați de către Asigurător, în acest caz costurile cu examinarea fiind suportate de către Asigurător.

29. În vederea stabilirii valorii indemnizațiilor de asigurare, Asiguratul trebuie să autorizeze Asigurătorul să obțină toate informațiile cu caracter medical considerate necesare, de la terțe persoane (medici, instituții sanitare, etc.) și să elibereze aceste persoane de obligația de a păstra secretul profesional cu privire la informațiile solicitate.

30. Costurile legate de plata indemnizațiilor de asigurare (comisioane și speze bancare) vor fi suportate de către Asigurător.

31. Indemnizațiile de asigurare se plătesc în maximum 30 de zile lucrătoare de la data depunerii întregii documentații la Asigurător.

DISPOZIȚII FINALE

32. Toate comunicările între părți se vor face în formă scrisă sau se vor confirma în scris, dacă s-a utilizat o altă formă. Comunicările se vor face la adresele și prin modalitățile (poștă, fax, e-mail) menționate în contractul de asigurare.

33. Respectarea de către Contractant și Asigurat a obligațiilor care le revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile acestora sunt adevărate, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asigurătorului de a plăti indemnizații.

34. Dacă Contractantul/Asiguratul a comunicat date inexacte sau incomplete sau nu a informat Asigurătorul despre orice modificare intervenită în legătură cu datele luate în considerare la încheierea contractului de asigurare, precum și despre schimbarea împrejurărilor esențiale privind posibilitatea producerii riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul ca:

A. Pe întreaga perioadă de valabilitate a contractului de asigurare:

- a)** să propună Contractantului /Asiguratului modificarea contractului de asigurare, prin emiterea unui supliment de asigurare cu ajustarea corespunzătoare a primelor, pentru fiecare lună, în proporție de 1/12 din prima anuală;
- b)** în cazul în care Contractantul/Asiguratul nu este de acord cu modificarea propusă, contractul de asigurare se reziliază cu efect de la data propunerii de modificare. În acest caz, Asigurătorul reține pentru perioada expirată o primă de asigurare calculată pentru fiecare lună în proporție de 1/10 din prima anuală, iar diferența se restituie Contractantului/Asiguratului, dacă înainte de reziliere nu au fost daune avizate și/sau plătite;
- c)** să anuleze contractul de asigurare cu efect de la începutul asigurării, cu restituirea integrală a primelor, în cazul în care, cunoscând exact împrejurările, contractul de asigurare nu s-ar fi încheiat.

B. După producerea riscului asigurat:

- a)** să refuze plata indemnizației, restituind integral primele de asigurare plătite, dacă față de acele împrejurări, contractul de asigurare nu s-ar fi încheiat.

35. În cazul în care contractul de asigurare se modifică prin acordul părților, se reziliază sau este denunțat, pentru stabilirea diferențelor de primă de restituit sau de încasat se procedează astfel:

- a)** pentru restituit: Asigurătorul reține primele de asigurare pentru perioada expirată, pe luni întregi de asigurare, pe fiecare lună în proporție de 1/10 din prima anuală, iar restul se restituie Contractantului;

SanaPlan

- b)** pentru încasat: primele de asigurare cuvenite Asiguratorului se calculează pentru perioada rămasă până la expirare pe luni de asigurare, în proporție de 1/12 din prima anuală;
- c)** fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă.
- 36.** În cazul modificării, denunțării sau rezilierii contractului de asigurare, prevederile acestuia se aplică în toate cazurile de daună survenite înainte de modificare, denunțare sau reziliere. În aceste cazuri, primele de asigurare pentru perioada rămasă până la expirare nu se restituie.
- 37.** Legea aplicabilă prezentei polițe este Legea 136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, cu modificările și completările ulterioare, precum și prezentele condiții de asigurare.
- 38.** Instanța competentă să soluționeze posibilele litigii în legătură cu polița de asigurare, litigii ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, este instanța de judecată română.
- 39.** Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentele respective.
- 40.** Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor respective care le revin conform prezentului contract după producerea oricărui dintre cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.
- 41.** Asiguratul persoană fizică are dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra datelor și dreptul de opoziție, așa cum acestea sunt reglementate de dispozițiile art. 13,14, respectiv 15 din Legea 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Asiguratul persoană fizică își poate exercita drepturile prevăzute mai sus, depunând la S.C. Allianz-Țiriac 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 de poștă electronică sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A.