

CONDIȚII PRIVIND ASIGURAREA DE ACCIDENTE

DISPOZIȚII GENERALE

1. În baza prezentelor Condiții, ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A., în calitate de Asigurător, asigură persoanele nominalizate în poliță, pentru riscurile prevăzute la pct. 4 de mai jos.
2. Întocmirea poliței se face pe baza datelor consemnate de Asigurat în cererea-chestionar care, împreună cu alte declarații și documente scrise anexate, face parte integrantă din poliță.
3. Asigurarea este valabilă în România și în străinătate, potrivit precizărilor din poliță.

RISCURI ASIGURATE

4. În baza prezentelor Condiții sunt asigurate riscurile de deces și invaliditate permanentă, ca urmare a unui accident suferit de Asigurat, în perioada de valabilitate a poliței.
5. Accidentele cuprinse în asigurare sunt următoarele evenimente subite, provenite din afara și fără voința Asiguratului: explozia, prăbușirea/alunecarea de teren, lovirea, înțeparea, tăierea, căderea, alunecarea, atacul din partea altei persoane sau a unui animal, trăsnetul, electrocutarea, arsura, degerarea, înecul, intoxicarea subită, otrăvirea, asfixierea subită, infecția accidentală, cele produse ca urmare a circulației mijloacelor de transport sau din cauza accidentelor produse acestora, precum și cele provocate de funcționarea ori folosirea mașinilor, aparatelor, instrumentelor, sculelor sau armelor, urmările imediate (deces sau invaliditate permanentă) ale efortului fizic excesiv, impus de forța majoră.
6. Invaliditatea permanentă cuprinsă în asigurare reprezintă prejudicierea corporală permanentă ca urmare a unui accident, caracterizată prin modificări morfo-funcționale - reducerea potențialului fizic, psiho-senzorial sau intelectual - ivite în decurs de un an de la data accidentului și nesusceptibile de ameliorări.

EXCLUDERI

7. Nu sunt cuprinse în asigurare:
 - a) urmările bolilor, inclusiv profesionale sau infecțioase, ale afecțiunilor psihice sau ale bolilor transmisibile prin atacul animalelor, cu excepția turbării;
 - b) urmările iradierii puternice, cu o intensitate de cel puțin 100 eV, prin raze laser sau maser ori prin raze ultraviolete produse artificial;
 - c) urmările normale ale luminii, temperaturii sau stării timpului;
 - d) sinuciderea sau tentativa de sinucidere;
 - e) invaliditatea permanentă și/sau decesul Asiguratului prilejuite de:
 - (1) consumul de alcool sau de droguri, abuzul ori utilizarea de medicamente fără prescripție medicală;
 - (2) comiterea sau încercarea de a comite, cu intenție, de către Asigurat, a unor fapte penale;
 - (3) război (declarat sau nu), invazie sau acțiunea unui dușman extern;
 - (4) război civil, revoluție, rebeliune, insurecție, dictatură militară, conspirație;

- (5) explozie atomică, radiații sau infestări radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice sau a materialelor fisionabile;
- (6) poluare sau contaminare din orice cauză.

SUME ASIGURATE

8. Sumele asigurate sunt cele declarate de Asigurat și agreeate de Asigurător și sunt menționate în polița de asigurare.

ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII

9. Asigurarea se încheie pentru persoane cu vârsta cuprinsă între 14 și 70 de ani, care la intrarea în asigurare nu au un grad de invaliditate permanentă mai mare de 50%.

10. Asigurarea se consideră încheiată prin încasarea de către Asigurător a primelor de asigurare și emiterea poliței de asigurare și este valabilă exclusiv pentru persoanele menționate în poliță.

11. Asigurarea poate fi încheiată în lei sau în valută convertibilă.

12. La încheierea poliței, Asiguratul va desemna beneficiarul asigurării în caz de deces. În cazurile în care nu s-a făcut această desemnare, suma asigurată se plătește moștenitorilor legali.

PRIMA DE ASIGURARE

13. Primele de asigurare se achită anticipat și integral pentru întreaga perioadă asigurată menționată în poliță sau în rate, din care prima rată se plătește înainte de intrarea în vigoare a poliței iar următoarele anterior datelor scadente menționate în aceasta. Neachitarea unei rate de primă până la data scadentă are drept consecință rezilierea automată a poliței de asigurare. *Asigurătorul nu este obligat să reamintească Asiguratului datele la care sunt scadente ratele.*

ÎNCEPUTUL ȘI ÎNCETAREA RĂSPUNDERII

14. Răspunderea Asigurătorului începe cel mai devreme în ziua următoare datei emiterii poliței și încasării primei de asigurare și încetează în ultima zi din perioada pentru care s-a încheiat asigurarea.

La asigurările încheiate cu persoane juridice pentru angajații acestora, răspunderea Asigurătorului începe din momentul angajării fiecărei persoane, respectiv al începerii activității și încetează odată cu desfacerea contractului de muncă. La suplimentele de asigurare, răspunderea Asigurătorului începe cel mai devreme în ziua imediat următoare datei emiterii suplimentului și încetează odată cu răspunderea din polița la care acesta este anexă.

OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

15. Asiguratul este obligat:

- a) să dea răspunsuri exacte și complete în declarația de asigurare întocmită la încheierea poliței;
- b) să comunice imediat la Asigurător orice modificare intervenită în legătură cu datele luate în considerare la încheierea poliței, precum și schimbarea împrejurărilor esențiale privind posibilitatea producerii riscurilor asigurate;

c) să avizeze în scris Asigurătorul, în termen de 5 zile, despre producerea accidentului. În avizare se vor arăta: locul, data, ora, cauzele și împrejurările producerii acestuia. Asigurătorul va elibera o dovadă scrisă privind documentele depuse;

d) să furnizeze toate informațiile și probele documentare solicitate de Asigurător și să permită acestuia să facă investigații referitoare la caz.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. c) - d) de mai sus, Asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza și împrejurările producerii accidentului.

16. Imediat după accident, Asiguratul este obligat să se prezinte, în măsura în care starea sănătății îi permite, la o unitate sanitară sau la un medic, spre a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris.

17. Asiguratul accidentat este obligat ca, după terminarea tratamentului medical, însă nu mai târziu de un an de la data accidentului, să se prezinte spre a fi examinat medical de către medicul desemnat de Asigurător.

18. În caz de neîndeplinire a prevederilor de la pct. 16 - 17 de mai sus, Asigurătorul poate refuza plata indemnizației, dacă din acest motiv nu s-a putut stabili gradul de invaliditate permanentă din accident.

CONSTATAREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR

19. În baza poliței de asigurare, în caz de producere a unui risc asigurat, Asigurătorul plătește Asiguratului sau, după caz, beneficiarului, drept despăgubire, o indemnizație, după cum urmează:

a) suma asigurată, în caz de deces sau de invaliditate permanentă totală a Asiguratului. Dacă invaliditatea permanentă este parțială se plătește o parte din suma asigurată pentru invaliditate permanentă, corespunzătoare gradului de invaliditate permanentă stabilit de medic;

b) cheltuieli pentru medicamente și tratament, în limita a maximum 10% din suma asigurată pentru invaliditate permanentă, potrivit precizărilor din polița de asigurare.

20. Gradul de invaliditate permanentă se stabilește de către medicul autorizat, în baza Criteriilor de evaluare a gradelor de invaliditate permanentă posttraumatică în materia asigurărilor de persoane, elaborate de Institutul Național de Medicină Legală și agreate de Asigurător sau potrivit cu Scala Continental anexată poliței, după cum se convine la încheierea asigurării.

21. Dacă pe baza primei examinări medicale nu se poate stabili gradul definitiv de invaliditate permanentă, se plătește o parte din indemnizația corespunzătoare gradului minim de invaliditate prezumat. Gradul definitiv de invaliditate permanentă se stabilește după o a doua examinare, însă nu mai târziu de un an de la data accidentului, cu aplicarea, dacă este cazul, și a prevederilor punctului următor.

22. În cazuri justificate medical, când stabilirea gradului definitiv de invaliditate permanentă nu este posibilă în decurs de un an, aceasta se poate face în termen de cel mult doi ani de la data accidentului. În astfel de situații, la calculul indemnizației, se iau în considerație numai gradele de invaliditate permanentă atestate de medic ca fiind fixate în maxim un an de la data accidentului.

23. Dacă înainte de accident Asiguratul avea deja o invaliditate permanentă din orice cauză, din gradul total de invaliditate permanentă rezultat (dar care nu poate fi mai mare de 100%) se scade cel existent anterior, diferența reprezentând gradul de invaliditate permanentă din accident care se ia în considerație la stabilirea indemnizației.

24. Plata indemnizației se face numai dacă invaliditatea permanentă și/sau decesul au fost provocate de un accident produs în perioada valabilității poliței și s-au ivit în decurs de un an de la data acestuia.

25. În caz de deces sau invaliditate permanentă ca urmare a unui efort fizic excesiv, impus de forța majoră, Asigurătorul plătește indemnizația numai dacă decesul sau invaliditatea permanentă s-au ivit imediat.

26. În caz de invaliditate permanentă incontestabilă, examinarea Asiguratului, stabilirea gradului de invaliditate și plata indemnizației se fac fără a se aștepta terminarea tratamentului.

27. Totalul sumelor plătite pentru cazuri de invaliditate permanentă nu poate să depășească suma asigurată pentru acest risc. Cheltuielile de reexaminare, la cererea Asiguratului, se suportă de către acesta.

28. Pentru soluționarea cererii de indemnizare, în caz de producere a unui risc asigurat, sunt necesare următoarele documente:

- a) procesul verbal de constatare a accidentului suferit, eliberat de organul autorizat de investigare sau cercetare (poliție, pompieri, organe de cercetare a accidentelor de muncă etc.) sau adeverința medicală eliberată de organul medical care a dat primul ajutor ori, dacă este cazul, declarația scrisă a Asiguratului, probată cu martori sau alte documente justificative;
- b) adeverința de salariat, în cazul asigurărilor încheiate de către agenții economici pentru angajații proprii;
- c) pentru accidente soldate cu vătămări corporale, care conduc la invaliditate permanentă:
 - (1) actul de identitate;
 - (2) actul medical care atestă gradul de invaliditate permanentă posttraumatică;
 - (3) documentele medicale privind tratamentele efectuate;
 - (4) rețete, chitanțe fiscale, note de plată (originale) privind cheltuieli cu medicamente și tratament;
- d) pentru accidente soldate cu decesul Asiguratului:
 - (1) certificatul de deces (original și copie);
 - (2) actul de identitate al beneficiarului (desemnat sau moștenitor);
 - (3) certificatul de moștenitor (original și copie), dacă în poliță nu a fost desemnat beneficiarul.

29. Indemnizația cuvenită, ca urmare a producerii unui risc asigurat, se plătește astfel:

- a) în caz de invaliditate permanentă, Asiguratului însuși;
- b) în caz de deces al Asiguratului, beneficiarilor desemnați în poliță sau, în lipsa unei asemenea desemnări, moștenitorilor legali, în calitate de beneficiari.

30. Dacă Asiguratul nu a dispus altfel, atunci când sunt mai mulți beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra sumei asigurate.

31. Dacă un beneficiar a produs intenționat decesul Asiguratului, suma asigurată se plătește celorlalți beneficiari, desemnați sau moștenitori.

32. Din cuantumul indemnizației cuvenite în caz de daună, Asigurătorul reține primele datorate de Asigurat pentru întreaga perioadă asigurată.

DISPOZIȚII FINALE

33. Pretențiile Asiguratului sau a moștenitorilor săi față de Asigurător, în legătură cu accidentul produs și cu urmările acestuia, se sting prin plata sumei asigurate.

34. Creditorii Asiguratului nu au dreptul să urmărească suma asigurată cuvenită beneficiarului.

35. De comun acord, polița de asigurare poate fi modificată oricând în perioada de valabilitate, cu ajustarea corespunzătoare a primelor și emiterea unui supliment de asigurare. În cazul modificării poliței, prevederile din polița inițială se aplică la toate cazurile de daună survenite înainte de modificare.

36. Respectarea de către Asigurat a obligațiilor care îi revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile acestuia sunt adevărate, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asigurătorului de a plăti despăgubiri.

37. Dacă 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 poliței, precum și schimbarea împrejurărilor esențiale privind posibilitatea producerii riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul:

a) Înainte de producerea evenimentului asigurat:

- (1) să propună Asiguratului modificarea poliței cu ajustarea corespunzătoare a primelor, pentru fiecare lună în proporție de 1/12 din prima anuală și emiterea unui supliment de asigurare;
- (2) dacă Asiguratul nu este de acord cu modificarea propusă, polița se reziliază cu efect de la data propunerii de modificare. Asigurătorul reține pentru perioada expirată, dar nu mai puțin de 3 luni, o primă de asigurare, calculată pentru fiecare lună în proporție de 1/10 din prima anuală, iar diferența se restituie Asiguratului;
- (3) să denunțe polița cu efect de la începutul asigurării în cazul în care, cunoscând exact împrejurările, polița nu s-ar fi încheiat, cu restituirea integrală a primelor plătite;

b) După producerea evenimentului asigurat:

- (1) să reducă despăgubirea cuvenită, corespunzător raportului dintre prima stabilită și cea care, cunoscându-se exact împrejurările, ar fi fost cuvenită, sau
- (2) să refuze plata despăgubirii dacă, față de acele împrejurări, polița de asigurare nu s-ar fi încheiat, restituind integral primele de asigurare plătite.

38. Polița de asigurare poate fi reziliată de către Asigurat:

a) în cazurile în care cererea de reziliere este făcută înainte ca polița să fie afectată de daună, Asigurătorul reține pentru perioada expirată, dar nu mai puțin de 3 luni, o primă de asigurare, calculată pentru fiecare lună în proporție de 1/10 din prima anuală, iar diferența se restituie Asiguratului;

b) în cazurile în care cererea de reziliere este făcută după ce polița a fost afectată de daună, Asiguratul datorează primele de asigurare pentru întreaga perioadă de valabilitate a poliței.

39. Pentru calcularea primelor de încasat/restituit fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă. Spezele bancare pentru orice operație de restituire de prime efectuată de Asigurător, cad în sarcina Asiguratului.

40. Despăgubirile se plătesc în maximum 30 de zile de la depunerea întregii documentații la Asigurător, în baza acordului scris al Asiguratului privind sumele convenite.

41. Asigurătorul are dreptul să amâne plata despăgubirii dacă în legătură cu accidentul a fost instituită, împotriva Asiguratului sau beneficiarului, o anchetă sau procedură penală, până la finalizarea acesteia.

42. Despăgubirile se plătesc în valuta în care s-a încheiat polița și s-a plătit prima de asigurare, dar în toate cazurile facturile în lei se plătesc în lei.

43. După fiecare daună suma asigurată se micșorează de la data evenimentului asigurat cu suma convenită drept despăgubire, asigurarea continuând pentru suma rămasă. Suma asigurată poate fi reîntregită prin plata unei prime adiționale și emiterea unui supliment de asigurare.

44. În orice acțiune, proces sau litigiu în care Asigurătorul pretinde, potrivit prezentelor Condiții, că un eveniment nu este acoperit prin polița de asigurare, sarcina probei de acoperire revine Asiguratului.

45. În limita despăgubirilor plătite, Asigurătorul este subrogat în drepturile Asiguratului contra persoanelor (altele decât cele asigurate) răspunzătoare de producerea sau mărirea daunelor materiale.

46. Dreptul de a ridica pretenții față de Asigurător privind plata unor despăgubiri se stinge în termen de 2 ani de la data producerii evenimentului asigurat.

47. Orice litigiu în legătură cu aplicarea prevederilor prezentelor Condiții se rezolvă de către instanțele de judecată competente din România.

ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A.