

PREVEDERI GENERALE

1. Relațiile contractuale dintre Asigurător, Contractant și Asigurat vor fi guvernate de prezentele Condiții Contractuale Generale de asigurare, care se completează cu Condițiile Contractuale Specifice.

2. Asigurarea de sănătate are rolul de a facilita Asiguratului accesul la servicii medicale stomatologice, atunci când există un Risc asigurat prin Contractul de asigurare. Prin Contractul de asigurare de sănătate, Asigurătorul se obligă să permită Asiguratului accesul la serviciile medicale stomatologice, în condițiile și limitele definite în contractul de asigurare, în baza respectării Condițiilor de asigurare, cu condiția ca Prima de asigurare să fi fost achitată în cuantumul și la scadențele prevăzute în Contractul de asigurare.

3. Condițiile Contractuale Generale de asigurare sunt completate și, dacă este cazul, modificate de Condițiile Contractuale Specifice de asigurare.

Ele se aplică pentru următoarele tipuri de Pachete:

1. Pachetul PersonalDent;
2. Pachetul CompleteDent;
3. Pachetul DeluxeDent;

4. Structura asigurării de sănătate

Pentru a forma Asigurarea de sănătate iDent, Contractantul poate opta pentru oricare dintre cele 3 pachete de servicii stomatologice. Pachetele de servicii medicale stomatologice incluse în Asigurarea de sănătate iDent pot fi contractate de sine stătător sau atașate celorlalte pachete specifice de servicii medicale oferite prin asigurarea de sănătate iMed.

ART.1. CONDIȚII DE ELIGIBILITATE

Contractul de asigurare este valabil pentru accesarea Serviciilor medicale stomatologice doar pe teritoriul României.

Contractantul asigurării poate fi o Persoană fizică sau juridică, ce justifică un Interes asigurabil în relația pe care o are cu Asiguratul. Asiguratul trebuie să fie cetățean român sau cetățean al unui stat membru al Uniunii Europene, cu domiciliul în România, respectiv rezident în România.

Asiguratul poate fi același cu Contractantul Persoană fizică sau poate fi soțul/soția, mama/tatăl și/sau copiii Asiguratului (biologici, vitregi sau legal adoptați).

Toți Asigurații din același Contract de asigurare trebuie să aibă aceleași acoperiri contractuale.

Asigurații copii nu pot fi incluși în Contractul de asigurare, dacă unul dintre părinți sau o rudă de gradul II, nu are calitatea de Asigurat/Contractant. Obligațiile contractuale ale Asiguraților copii vor fi îndeplinite de Contractant sau de către Asiguratul adult sau de unul dintre aceștia, dacă ambii părinți sunt Asigurați prin Contractul de asigurare.

Indiferent de vârstă, în prevederile de mai jos se va utiliza termenul Asigurat, făcându-se distincția unde este necesar.

Vârsta minimă de intrare în Contractul de asigurare pentru Asiguratul care are și calitatea de Contractant este de 18 ani.

Vârsta maximă de intrare în Contractul de asigurare pentru Asigurat este de 64 ani.

Vârsta minimă de intrare în Contractul de asigurare pentru Asigurații copii este de 2 ani, vârsta maximă la expirarea acoperirii fiind de 21 ani.

Vârsta Asiguratului adult nu poate fi mai mare de 65 de ani la Data de expirare a Contractului de asigurare.

ART.2. DEFINIȚII

Termenii utilizați au următorul înțeles:

2.1. **Accident:** Eveniment imprevizibil, neintenționat, brusc, violent și neașteptat, generat de un factor extern organismului, survenit pe perioada de asigurare, cauzat de forțe externe, independent de voința Asiguratului și care provoacă acestuia în mod direct și independent de orice altă afecțiune, o vătămare corporală. Accidentul, data producerii acestuia și consecințele sale trebuie să fie certificate imediat după producere de către un medic sau trebuie să fie consemnate consecințele acestuia într-un document medico-legal.

2.2. **An de asigurare:** Perioada cuprinsă între Data de început și Data de încetare a Contractului de asigurare.

2.3. **Aniversare Contract de asigurare:** Data la care se împlinește un an întreg de la Data de început a Contractului de asigurare.

2.4. **Asigurat:** Persoană a cărei stare de sănătate constituie obiectul Contractului de asigurare.

Serviciile medicale vor fi acordate fiecărui Asigurat menționat în Contractul de asigurare în funcție de tipul Pachetului ales de către Contractantul asigurării.

2.5. **Asigurător:** UNIQA Asigurări de viață S.A., Str. Nicolae Caramfil nr. 25, sector 1, București, Cod poștal 014141, Telefon Contact Center: 0374.400.440, e-mail: sanatate@uniqa.ro; Website www.uniqa.ro.

2.6. **Aprobare:** Procedura prin care Asigurătorul, prin serviciul Contact Center, efectuează autorizarea și programarea serviciilor acoperite prin Contractul de asigurare în Rețeaua de Parteneri Medicali ca urmare a producerii unui risc asigurat în Perioada de valabilitate a poliței.

2.7. **Boală:** Afecțiune, 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 către un medic, conform criteriilor clinice sau împreună cu investigații paraclinice specifice.

2.8. **Card de Asigurat:** Document individual care va fi prezentat înainte de efectuarea oricărui Serviciu medical stomatologic în cadrul Rețelei de Parteneri Medicali. Conține informații cu privire la identificarea Asiguratului, numărul Contractului de asigurare, perioada de valabilitate a poliței și numărul de telefon al serviciului Contact Center.

2.9. **Consultație medicală:** Discuția medicului specialist sau primar cu Asiguratul, examinarea fizică a acestuia în scopul identificării simptomatologiei, istoricului afecțiunii, modificărilor evidențiate la examenul obiectiv, diagnosticului, necesarului de Servicii medicale stomatologice și a recomandărilor de tratament.

2.10. **Contractant:** Persoana fizică sau juridică, ce încheie cu Asigurătorul un Contract de asigurare și care se angajează să plătească primele de asigurare la termenele stabilite în Polița de asigurare, devenind titularul Poliței de asigurare.

2.11. **Contact Center:** Serviciul de asistență, de la care se pot obține informații telefonice în legătură cu valabilitatea Contractului de asigurare, funcționarea și structura Rețelei de Parteneri Medicali, informații despre Contractul de asigurare, programare și aprobare Servicii medicale stomatologice.

2.12. **Contract de asigurare:** Expresia hotărârii liber consimțite a părților prin care Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare cel târziu la data scadentă, în schimbul preluării de către Asigurător a riscului asigurat pentru persoanele asigurate.

2.13. **Costul Serviciilor medicale:** Contravaloarea serviciilor medicale, care se plătește Partenerului Medical / Asiguratului pentru serviciile medicale prestate / accesate în urma producerii riscului asigurat; costul serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare / plată și sunt emise de Partenerii Medicali din cadrul Rețelei sau Furnizorii de Servicii medicale private din afara Rețelei, în funcție de acoperirile Contractuale.

2.14. **Data de început a Contractului de asigurare:** Data de început prevăzută în Polița de asigurare; dată la care Asigurătorul preia Riscul asigurat.

2.15. **Data de încetare a Contractului de asigurare:** Data la care obligațiile Asigurătorului încetează conform Contractului de asigurare.

2.16. **Denunțarea / Rezilierea Contractului de asigurare:** Modalitățile de încetare a Contractului de asigurare, cu efecte pentru viitor, utilizate de către oricare dintre părți în condițiile prevăzute de Contractul de asigurare și de legislația română în vigoare.

2.17. **Document(e) de decontare:** Document(e) medico-legal(e) eliberat(e) de Furnizorii de Servicii medicale stomatologice private din afara Rețelei pentru acoperirea / decontarea costurilor Serviciilor medicale radiologice prestate unui Asigurat/ accesate de către Asigurat, conform celor stabilite între Contractant și Asigurător.

2.18. **Dosar de daună:** Totalitatea documentelor pe baza cărora se va evalua decontarea Serviciilor medicale stomatologice.

2.19. **Eveniment asigurat:** Serviciul medical stomatologic prestat unui Asigurat în caz de necesitate medicală, pe perioada de valabilitate a Contractului, conform Listei de acoperiri din Condițiile Contractuale Specifice, Accesat în limitele Contractului de asigurare.

2.20. **Excluderi:** Situații în care Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare și/sau nu permite accesul la Serviciile medicale stomatologice. Aceste situații sunt expres prevăzute în Condițiile Contractuale de asigurare. Contravaloarea acelor Servicii medicale stomatologice este susținută integral de către Asigurat sau de reprezentanții săi legali.

2.21. **Formular de trimitere (recomandare medicală):** Formular emis de un Medic specialist sau primar stomatolog care cuprinde datele de identificare ale Asiguratului, diagnosticul și recomandările medicale, care îi permite Asiguratului să solicite la serviciul Contact Center aprobare și programare pentru serviciile medicale specificate, în limita Contractului de asigurare.

2.22. **Formular de Programare și Consult:** Document eliberat de Asigurător, ce confirmă programarea Asiguratului în Rețeaua de Parteneri Medicali pentru Serviciile medicale stomatologice acoperite și limitele acestora.

2.23. **Furnizor de Servicii medicale stomatologice:** Unitate sanitară privată autorizată de Ministerul Sănătății din România care furnizează serviciile medicale stomatologice și care emite documente justificative, valabile medico-legal.

2.24. **Interesul asigurat:** Relația dintre Contractant persoană fizică sau juridică și Asigurat care trebuie să fie atât de apropiată, încât să justifice extinderea prejudiciului financiar de la Asigurat la Contractant și/sau de la Asigurat la membrii familiei sale în cazul apariției Evenimentului asigurat.

2.25. **Intermediar:** Persoană fizică sau juridică, autorizată de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, ce desfășoară activitatea de intermediere de asigurări, împuternicită în baza unei autorizații scrise valabile din partea Asigurătorului, să încheie Contracte de asigurare cu terții, conform condițiilor stipulate în contractul de intermediere încheiat cu acesta.

2.26. **Lista de acoperiri:** Totalitatea Serviciilor medicale incluse de care poate beneficia Asiguratul în cadrul protecției alese de Contractant prin Contractul de asigurare. Va fi detaliată în Condițiile Contractuale Specifice.

2.27. **Medic:** Persoană, posedând o diplomă medicală, autorizată să practice această profesie, care acționează în limitele specialității licenței sale și care dă recomandări Asiguratului în caz de necesitate medicală.

2.28. **Moneda contractuală:** Contractul de asigurare se încheie în lei. Prima de asigurare și Indemnizația de asigurare vor fi achitate numai în Lei.

- 2.29. **Partener Medical:** Instituție medicală cu care Asigurătorul colaborează pentru prestări Servicii medicale stomatologice, incluse în pachetele de asigurare.
- 2.30. **Perioada de asigurare:** Perioada fixă de 1 an cuprinsă între Data de început și Data de încetare a Contractului de asigurare. Asigurătorul oferă protecție prin Contractul de asigurare numai în Perioada de asigurare.
- 2.31. **Perioada de grație:** Intervalul de 10 zile calendaristice calculate începând cu prima zi în care Prima de asigurare este scadentă, în care Contractul de asigurare se consideră a fi în vigoare chiar dacă nu a fost plătită Prima de asigurare. În această perioadă, Asigurătorul nu acoperă Evenimentul asigurat.
- 2.32. **Polița de asigurare:** Documentul emis de Asigurător după definitivarea procesului de Evaluare a riscului care certifică încheierea Contractului de asigurare și preluarea Riscului asigurat.
- 2.33. **Prevederile Contractuale:** Totalitatea mențiunilor din Condițiile Contractuale Generale și Specifice.
- 2.34. **Prima de asigurare:** Suma de bani pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului la scadența stabilită prin Contract și menționată în Polița de asigurare, în schimbul protecției oferite de Asigurător.
- 2.35. **Reînnoirea Contractului de asigurare:** Procedura prin care Contractantul poate opta, înaintea Datei de încetare a Contractului de asigurare, pentru prelungirea acestuia cu o nouă Perioadă de asigurare. Condițiile de reînnoire pot fi influențate de daunalitatea înregistrată în anul precedent, de fluctuația prețurilor serviciilor medicale stomatologice sau de alte costuri pe care le are Asigurătorul.
- 2.36. **Rețea de Parteneri Medicali sau Rețea sau Rețeaua de parteneri:** Lista instituțiilor medicale cu care Asigurătorul colaborează pentru prestări Servicii medicale stomatologice, conform acoperirilor contractuale. Lista poate fi actualizată în permanență și poate fi consultată la serviciul Contact Center, respectiv pe internet, la adresa de Website www.uniga.ro.
- 2.37. **Risc asigurat:** Eveniment viitor, posibil, dar incert care poate afecta starea de sănătate a Asiguratului și la producerea căruia Asigurătorul acoperă evenimentele asigurate în limitele prevederilor și ale acoperirilor Contractului de asigurare.
- 2.38. **Serviciul medical stomatologic:** Actul medical ce poate fi prestat numai în limitele prezentate în tabelele de beneficii și menționate în Formularul de Programare transmis de către Asigurător, dacă nu a fost precizat altfel în Polița de asigurare
- 2.39. **Scadența de plată:** Data la care Contractantul trebuie să plătească Prima de asigurare conform frecvenței pe plată alese.
- 2.40. **Suma asigurată:** Valoarea maximă care poate fi plătită pe An de asigurare pentru fiecare Asigurat. Ea este prevăzută în Polița de asigurare, dacă a fost stabilită o astfel de sumă. Indemnizațiile de asigurare cumulate, achitate de către Asigurător, nu pot depăși Suma asigurată, dacă a fost stabilită o astfel de sumă.
- 2.41. **Suspendare:** Întreruperea temporară a Contractului de asigurare ca urmare a neplății Primei de asigurare scadente după trecerea Perioadei de grație.
- 2.42. **Termenele contractuale:** Se referă la zile, luni, ani calendaristice/calendaristici. Termenele se împlinesc la ora 00:00 a zilei calendaristice a anului / lunii corespunzătoare zilei în care încep să curgă. Termenul contractual care începe pe data de 29, 30 sau 31 ale lunii și se sfârșește într-o lună care nu are o asemenea zi, se va socoti împlinit la încetarea ultimei zile calendaristice a lunii de sfârșit. Termenele stabilite pe zile / luni calendaristice se calculează pe zile respectiv luni întregi, în calculul acestora intrând atât ziua (ora 00:00), respectiv luna în cadrul căreia aceste termene încep să curgă, cât și ultima zi (ora 24:00) / lună a termenului.
- 2.43. **Urgență medicală stomatologică:** Reprezintă orice Boală sau Accident, survenite brusc și neașteptat, în Perioada de asigurare, care necesită asistență medicală stomatologică imediată prin Serviciile medicale incluse în Acoperirea contractuală.

ART. 3. CONTRACTUL DE ASIGURARE

- 3.1. Contractul de asigurare este constituit din: prezentele Condiții Contractuale Generale, Condițiile Contractuale Specifice, Oferta de asigurare, Polița de asigurare.
- 3.2. Polița de asigurare este dovada încheierii Contractului de asigurare. Polița conține datele Asigurătorului, ale Contractantului și ale Asiguratului precum și detalii tehnice despre Contractul de asigurare.
- 3.3. Contractul de asigurare de sănătate nu oferă beneficiu de maturitate, participare la profit sau valoare de răscumpărare.
- 3.4. **Începutul Contractului de asigurare**
Toate acoperirile din Contractul de asigurare devin active la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare prevăzută în Polița de asigurare (ora 00:00), cu condiția ca prima de asigurare datorată, să fie plătită integral la acel moment.
- 3.5. **Prima de asigurare**
- 3.5.1. Dovada plății primelor de asigurare revine Contractantului/Asiguratului. Primele se vor achita în Lei, aceasta fiind moneda Contractului de asigurare.
- 3.5.2. Frecvența de plată poate fi: anuală, semestrială, trimestrială, lunară și este menționată în Polița de asigurare.
- 3.5.3. Prima de asigurare trebuie achitată în totalitate, conform frecvenței de plată alese de Contractant, fără nici o altă notificare din partea Asigurătorului.
- 3.5.4. Orice plată, în contul Primei de asigurare, mai mică decât valoarea stabilită prin Contractul de asigurare nu va fi luată în considerare și va fi restituită în baza solicitării scrise a Contractantului.
- 3.5.5. Plata își produce efectele în legătură cu Contractul de asigurare începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare datei creditării contului Asigurătorului cu contravaloarea integrală a primei / a tuturor primelor de asigurare datorate conform scadențelor.
- 3.5.6. Primele de asigurare aferente scadențelor ulterioare intrării în vigoare a Contractului de asigurare, dacă este cazul, vor fi achitate numai în conturile bancare menționate de Asigurător, indiferent de metoda folosită (debit direct, ordin de plată, plată în

numerar la ghișeele sucursalelor Raiffeisen Bank), menționându-se obligatoriu numărul Poliției, numele Contractantului. Acoperirea prin asigurare depinde de plata Primei de asigurare.

3.5.7. Asigurătorul își rezervă dreptul de a actualiza Primele de asigurare, în funcție de evoluția prețului Serviciilor medicale stomatologice, gradul de utilizare al Serviciilor medicale stomatologice, eventuale schimbări legislative, eventualele schimbări în acoperirile Contractului de asigurare, experiența Asigurătorului pe acest produs de asigurare de sănătate. Aplicarea noilor Prime de asigurare se va face începând cu Reînnoirea Contractului de asigurare, cu o notificare prealabilă transmisă Contractantului.

3.5.8. Asiguratul/Contractantul beneficiază de o perioadă de grație de 10 zile calendaristice, începând cu prima zi în care Prima de asigurare este scadentă, în care Contractul de asigurare se consideră a fi în vigoare chiar dacă nu a fost plătită Prima de asigurare. În această perioadă, Asigurătorul nu acoperă Evenimentul asigurat.

3.6. Întârzierea plății primei de asigurare și Suspendarea Contractului de asigurare

3.6.1. În cazul în care Contractantul nu a achitat primele de asigurare până la Data scadentă sau în timpul perioadei de grație, la expirarea Perioadei de grație, Contractul de asigurare se suspendă.

3.6.2. Asigurătorul este exonerat de la plata Serviciilor medicale stomatologice sau de plata oricărei despăgubiri ca urmare a accesării Serviciilor medicale stomatologice în perioada de grație sau în perioada de suspendare.

3.6.3. Contractul de asigurare va fi suspendat pentru neplata primelor de asigurare pentru o perioadă de 90 zile calendaristice de la Data scadentă de plată pentru prima Primă de asigurare neachitată.

3.6.4. Asigurarea poate fi repusă în vigoare, la cererea scrisă a Contractantului, numai după plata integrală a Primelor de asigurare restante. Repunerea în vigoare produce efecte numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei creditării contului Asigurătorului cu contravaloarea integrală a Primei/ a tuturor Primelor de asigurare restantă(e), dacă Asigurătorul acceptă Repunerea în vigoare a Contractului conform Art. 3.7.

3.6.5. În cazul în care Contractantul nu a achitat primele de asigurare nici în timpul perioadei de Suspendare, la expirarea acestei perioade, Contractul de asigurare încetează de drept, fără nici o altă formalitate legală.

3.7. Repunerea în vigoare

3.7.1. Contractantul are dreptul să ceară repunerea în vigoare, atâ timp cât declarațiile efectuate la data completării Cererii de asigurare sunt de actualitate și dacă se îndeplinesc următoarele condiții:

i. Solicitarea scrisă a repunerii în vigoare este primită de către Asigurător în scris, în termen maxim de 90 zile calendaristice de la prima data scadentă de plată pentru prima de asigurare neachitată.

ii. Contractantul a plătit integral toate primele de asigurare restante, atașând solicitării de repunere și dovada plății;

iii. Nu a expirat perioada de asigurare de 1 an.

3.7.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza Repunerea în vigoare.

3.7.3. La momentul solicitării de repunere în vigoare, Contractantul și Asiguratul au aceleași responsabilități ca la Data de încheiere a Contractului de asigurare.

3.7.4. Contractul de asigurare se va considera a fi repus în vigoare din momentul eliberării de către Asigurător a unei informări privind Repunerea în vigoare, parte integrantă a Contractului de asigurare.

3.8. Încetarea Contractului de asigurare

Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără nici o altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în următoarele situații:

3.8.1. La ora 24:00 a zilei de expirare a Perioadei de asigurare, indicată în Polița de asigurare, dacă nu s-a operat prelungirea duratei contractuale;

3.8.2. Prin denunțare unilaterală de către oricare dintre părți, oricând pe perioada de derulare a prezentului Contract, cu o notificare scrisă de 20 de zile calculată de la data primirii acesteia de către cealaltă parte;

3.8.3. La data următoarei scadențe de la data decesului, pentru contractele plătite la zi, în cazul decesului unicului Asigurat. Pentru contractele cu întârzieri la plata primei de asigurare, încetarea se va produce cu efect retroactiv de la ora 24:00 a ultimei zile acoperite cu plată;

3.8.4. În cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului și/sau ale Asiguratului se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea faptelor de spălare a banilor sau de finanțare a actelor de terorism, precum și în cazul în care Contractantul/Asiguratul este identificat ca fiind obiect al sancțiunilor internaționale.

3.8.5. Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare, fără preaviz, în termen de 20 zile calendaristice de la data de început a Poliței de asigurare. Renunțarea produce efect retroactiv. În acest caz, Asigurătorul va returna prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare, mai puțin taxa de emitere sau serviciile medicale efectuate până la data renunțării. Prima de asigurare nu va fi purtătoare de dobândă.

3.8.6. Prin rezilierea de către Asigurător a Contractului de Asigurare în cazul neplății primelor de asigurare până la expirarea perioadei de suspendare.

3.9. Reînnoirea Contractului de asigurare

3.9.1. Contractul de asigurare poate fi reînnoit înaintea expirării acestuia, în următoarele condiții:

- ✓ S-a produs Reînnoirea întregului Contract de asigurare în cazul în care Pachetele de servicii medicale stomatologice sunt contractate de sine stătător sau dacă au fost atașate celorlalte pachete specifice de servicii medicale oferite prin asigurare.

- ✓ Să existe continuitate în asigurare.
- ✓ Să fie efectuată plata primei de asigurare aferentă următoarei scadențe din următorul an de asigurare.
- ✓ Asigurătorul să fie de acord cu reînnoirea Contractului de asigurare

3.9.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a reiniția procesul de subscriere a riscului cu minim 30 de zile calendaristice înainte de data de expirare a Contractului de asigurare în cazul în care Asiguratul a avut cel puțin un eveniment asigurat în cursul perioadei de asigurare. Condițiile de reînnoire pot fi influențate de daunalitatea înregistrată în anul precedent, de fluctuația prețurilor serviciilor medicale stomatologice sau de alte costuri pe care le are Asigurătorul.

3.9.3. Propunerea de reînnoire sau de modificare a Contractului de asigurare se va transmite Contractantului cu minim 10 de zile calendaristice înainte de data de expirare a Contractului de asigurare.

3.9.4. În situația în care Asigurătorul și Contractantul acceptă reînnoirea contractului sau noua ofertă de asigurare, Contractantul trebuie să transmită acceptul său Asigurătorului cu minim 5 zile calendaristice înainte de expirarea perioadei de asigurare. În cazul în care Asigurătorul nu primește acordul sau dezacordul Contractantului cu privire la noua propunere, va considera că modificările propuse sunt acceptate de către Contractant dacă se efectuează plata noii Prime de asigurare.

3.9.5. Noile Condiții Contractuale Specifice pentru asigurarea de sănătate își vor produce efectele de la data de încetare a Condițiilor Contractuale Specifice precedente.

Asigurătorul va emite Polița de asigurare cuprinzând acoperirile contractuale după finalizarea procedurilor de reînnoire.

3.9.6. La reînnoirea Contractului, Contractantul are posibilitatea modificării frecvenței de plată a primei de asigurare conform variantelor propuse de către Asigurător.

3.10. Încetarea calității de Asigurat

3.10.1. Odată ce intervine încetarea Contractului de asigurare sau decesul Asiguratului, acoperirea încetează.

3.10.2. Dacă Asiguratul refuză furnizarea de informații privind datele de identificare personală sau se regăsește în Listele oficiale ale persoanelor fizice suspecte de săvârșirea faptelor de spălare a banilor sau de finanțare a actelor de terorism, precum și în cazul în care este identificat ca fiind obiect al sancțiunilor internaționale.

3.10.3. La data scadentă de plată a primei de asigurare ulterioara datei recepționării de către Asigurător a solicitării de încetare a Asigurării pentru un Asigurat.

ART. 4. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI/ASIGURATULUI

4.1. Contractantul/Asiguratul are obligația de a informa Asigurătorul despre Pierderea Interesului asigurat, așa cum este el definit la Art. 2.24.

În cazul în care Contractantul/Asiguratul omite să informeze despre evenimentul prevăzut la Art. 4.1, Asigurătorul își rezervă dreptul de a se elibera de orice obligație care i-ar reveni de pe urma Contractului de asigurare în cazul în care acel eveniment, neadus la cunoștința Asigurătorului, a făcut ca Asiguratul să fi devenit neasigurabil sau Contractul de asigurare ar fi continuat în alte condiții.

4.2. În cazul apariției unei Boli/unui Accident, Asiguratul are obligația de a solicita și de a accepta imediat să fie supus unui tratament medical stomatologic calificat în vederea restabilirii stării sale de sănătate. Asiguratul se obligă să urmeze recomandările medicului/medicilor și să urmeze cu strictețe tratamentul recomandat, abținându-se de la obiceiuri sau activități care îi pot afecta sau influența negativ starea de sănătate dentară.

4.3. Obligațiile Contractantului/Asiguratului sunt valabile atât pentru persoanele adulte care vor fi asigurate, cât și pentru copiii lor având calitatea de Asigurat.

4.4. Asiguratul se obligă să susțină contravaloarea Serviciilor medicale care nu sunt incluse în Lista de acoperiri, să suporte coplata serviciilor stomatologice incluse sau care depășesc limita Sumei asigurate sau limita numerică menționată în Polița de asigurare.

ART. 5. CARDUL DE ASIGURAT

5.1. Calitatea de Asigurat a unei persoane care se prezintă pentru efectuarea Serviciilor medicale stomatologice programate în Rețeaua de Parteneri Medicali este dovedită prin Cardul de Asigurat eliberat după intrarea în vigoare a Contractului de asigurare.

5.2. Asiguratul trebuie să prezinte înainte de efectuarea oricărui serviciu medical stomatologic în Rețeaua de Parteneri Medicali, Cardul de Asigurat și un act de identitate. Cardul de asigurat nu este cu titlu transmisibil și este valabil numai împreună cu un act de identitate al Asiguratului. În cazul copiilor sub 14 ani, se vor solicita Certificatul de naștere și cardul de asigurare;

5.3. Asiguratul este obligat să informeze Asigurătorul, în scris sau telefonic, cu privire la pierderea sau distrugerea cardului, în termen de 24 de ore de la constatarea acesteia. În astfel de situații, Asigurătorul va transmite Asiguratului un nou card. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita contravaloarea acestuia Contractantului.

ART. 6. SERVICIUL CONTACT CENTER, ACCESUL ȘI ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE

6.1. Accesarea Serviciilor medicale stomatologice incluse în Contractul de Asigurare, conform Condițiilor Contractuale Specifice, se va face exclusiv prin contactarea serviciului Contact Center. Programul serviciului Contact Center este disponibil pe pagina de internet www.uniqa.ro.

6.2. Pentru identificare, Asiguratul trebuie să comunice operatorului Contact Center datele sale (numele și prenumele/CNP-ul/localitatea de domiciliu) de fiecare dată când apelează serviciul Contact Center.

6.3. De la serviciul Contact Center se pot obține informații privind:

1. Serviciile medicale incluse în Contractul de asigurare;
2. Rețeaua de Parteneri medicali agreeți – adrese, program de lucru, servicii disponibile;
3. Programarea Serviciilor medicale solicitate în intervalul programului de lucru al Partenerilor medicali și disponibilitatea acestora;
4. Modul de accesare a Serviciilor medicale în Rețeaua de Parteneri medicali și în afara Rețelei de Parteneri pentru serviciile de radiografie dentară;
5. Situația plății Primei de asigurare a Contractului de asigurare;
6. Asistență, Aprobarea și transmiterea formularelor de programare.

6.4. Pentru programare în vederea accesării serviciilor medicale stomatologice din tabelul de beneficii, se vor urma pașii descriși mai jos:

- I. Se va consulta lista de parteneri medicali disponibilă pe adresa www.uniga.ro în vederea selectării unității medicale;
- II. Se va contacta serviciul Contact Center în vederea programării;
- III. Se vor furniza operatorului de la Contact Center datele menționate la art. 6.2 pentru validarea calității de Asigurat și verificarea valabilității contractului de asigurare;
- IV. Se vor comunica partenerul medical ales, data și intervalul orar în care se dorește efectuarea programării conform art. 6.4.1 de mai jos; Serviciile medicale stomatologice din pachetul de asigurare se pot accesa doar la un singur furnizor medical care se alege înainte de prima accesare;
- V. Operatorul Contact Center va contacta partenerul medical indicat în vederea efectuării programării și îi va comunica Asiguratului opțiunile disponibile, conform art. 6.4.1 de mai jos;
- VI. În urma confirmării de către Asigurat a programării efectuate, operatorul Contact Center va transmite pe email sau fax furnizorului medical și Asiguratului (dacă acesta pune la dispoziție informațiile aferente) Formularul de Programare și Consult;
- VII. Se prindează acest formular de către clinică și se completează serviciile medicale prestate de fiecare dată când se accesează asigurarea.
- VIII. Prima programare va consta într-o consultație de stomatologie generală completă și se va face în vederea evaluării situației bucale și dentare a Asiguratului (status dentar) precum și trasarea planului de tratament dentar recomandat;
- IX. Serviciile medicale din pachetul de asigurare pot fi accesate doar dacă sunt recomandate de către medicul stomatolog/dentist și constituie o necesitate medicală, cu excepția primei consultații de stomatologie generală care se accesează fără recomandare medicală anterioară.
- X. În urma trasării planului de tratament dentar, în baza asigurării, se pot accesa doar serviciile medicale recomandate de către medicul stomatolog/dentist și consemnate în Formularul de Programare și Consult.
- XI. Reprezentanții clinicii vor consemna serviciile stomatologice efectuate și vor înmâna o copie a raportului medical, la cererea Asiguratului.
- XII. Pentru orice examinări/investigații suplimentare efectuate la solicitarea clientului sau a altei persoane, Asiguratorul nu are nici o obligație de plată, acestea fiind suportate de către persoana care le-a solicitat direct către furnizorul medical.

Toate serviciile medicale accesate trebuie înregistrate pe același formular, informațiile consemnate necesitând confirmarea și semnarea de către Asigurat.

Odată ce s-a optat pentru unul din furnizorii medicali din rețea, se pot accesa serviciile acoperite prin asigurare conform acordului primit de la Contact Center doar la acel furnizor medical.

Dacă Asiguratul optează pentru un alt furnizor medical din rețeaua Asiguratorului, se vor relua pașii descriși la art. 6.4.

6.4.1. Pentru oferirea unor programări optime, Asiguratul va menționa minim 3 variante de zile și intervale orare. Serviciul Contact Center comunică Partenerul Medical la care se va efectua programarea în funcție de disponibilitatea acestuia.

Programarea pentru Serviciile medicale solicitate va fi făcută ținând cont de disponibilitatea programului de lucru al Partenerului Medical. Dacă Partenerul Medical solicitat nu are liber în intervalul de programări în data/ în intervalul orar/ sau nu efectuează respectivul Serviciu medical, se va recomanda cu acordul Asiguratului un alt Partener Medical.

6.5. Asiguratul va primi răspunsul (acceptul sau respingerea) privind programarea unui Serviciu medical, în maxim 1 zi lucrătoare de la data solicitării fie direct prin intermediul Contact Center-ului, fie printr-un SMS.

6.6. În situația în care nu este posibilă prezentarea Asiguratului la data și la ora stabilită pentru a beneficia de Serviciile medicale stomatologice în Rețeaua de Parteneri, Asiguratul are obligația de a anunța serviciul Contact Center cu minim 4 (patru) ore înaintea

orei programate, pentru a putea fi reprogramat în funcție de disponibilitatea viitoare a Partenerului medical. În caz de neanunțare/ anunțare întârziată, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului contravaloarea eventualelor sume datorate Partenerului Medical pentru Serviciile medicale programate și neanulate.

6.7. Asigurătorul acoperă Serviciile medicale menționate în Lista de acoperiri, iar pentru a se efectua programarea și decontarea Serviciilor medicale, cauza care determină Evenimentul asigurat trebuie să nu fie exclusă de la acoperire conform Art. 8. Excluderi generale.

Serviciile medicale sunt decontate direct numai prin programare efectuată de serviciul Contact Center, în Rețeaua de Parteneri Medicali și numai dacă s-a transmis anterior prestării serviciului medical, Aprobare de la serviciul Contact Center prin Formularul de programare la Partenerul medical respectiv, având menționate Serviciile medicale Aprobate.

6.8. Asigurătorul va aproba sau va refuza solicitarea pentru efectuarea unei programări în funcție de beneficiile și limitele acestora, prevăzute și consumate conform Contractului de asigurare.

6.9. În situația în care Asiguratul este informat de medic, în timpul efectuării consultației, asupra faptului că sunt necesare investigații suplimentare care nu sunt incluse în tabelul de beneficii sau presupun coplata/plata integrală a acestora, Asiguratul poate accepta efectuarea investigațiilor, având obligația de a achita parțial/integral contravaloarea acestora.

6.10. Accesarea Serviciilor medicale de radiologie dentară conform tabelului de beneficii, se poate face și în afara rețelei de parteneri medicali, cu decontare ulterioară a 80% din costuri, pe baza unui dosar de daună, doar dacă radiografia a fost recomandată în cadrul consultației inițiale incluse în planul de beneficii.

Radiografia – ortopantomograma va fi înmănată clientului care o va preda ulterior medicului stomatolog care efectuează consultația de evaluare.

6.10.1. La dosarul de daună, Asiguratul va furniza următoarele documente:

1. Documentele de plată în original, din care să reiasă în detaliu cheltuielile efectuate și care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data, Serviciile medicale prestate, valoarea fiecărui serviciu medical efectuat, (bonul fiscal/chitanța fiscală și factura fiscală-dacă e cazul-emise de Furnizorul de Servicii medicale unde a fost efectuat Serviciul medical);
2. Fotocopia actului de identitate al Asiguratului (certificatului de naștere pentru Asigurații minori, pașaport și carnet de ședere cu viză de reședință în România, pentru cetățenii străini) - dacă actul de identitate a expirat sau dacă acesta a fost schimbat de la ultima transmitere a lui, la Asigurător);
3. Detaliile bancare personale ale Asiguratului sau ale adultului care face demersul în numele Asiguratului minor (banca și sucursala, contul IBAN), în care dorește să fie efectuată plata.

6.10.2. Asiguratul trebuie să prezinte Asigurătorului o notificare scrisă în termen maxim de 30 zile calendaristice de la data producerii Evenimentului asigurat accesat în afara Rețelei de Parteneri Medicali. Nerespectarea acestui termen poate îndreptăți Asigurătorul să refuze plata Indemnizației de asigurare dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate împrejurările producerii Evenimentului asigurat. Dosarul de daună trebuie transmis de către Asigurat la UNIQA Asigurați de viață S.A., în format electronic, la adresa daune-sanatate@uniqa.ro sau în format fizic, la adresa Str. Nicolae Caramfil, nr. 25, sector 1, București, Cod poștal: 014141, în atenția Departamentului Daune-Viață.

ART. 7. SUMELE ASIGURATE, LIMITELE DE INDEMNIZAȚIE, MODALITATEA ȘI TERMENELE DE PLATĂ A INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

7.1. Sumele asigurate, dacă există, sunt menționate în Polița de asigurare. După fiecare Serviciu medical stomatologic accesat, Suma asigurată se micșorează, cu începere de la data programării fiecărui Eveniment asigurat, pentru restul Perioadei de asigurare, cu despăgubirea cuvenită, Contractul continuând cu suma rămasă, fără ca aceasta să afecteze Prima de asigurare stabilită.

7.2. Indemnizația de asigurare calculată în caz de accesare a Serviciilor medicale de radiologie dentară conform tabelului de beneficii, în afara rețelei de parteneri medicali, se achită în termen de maxim 30 zile calendaristice de la data primirii, în Sediul Central al Asigurătorului, a ultimului document necesar finalizării Dosarului de daună. Dacă vor fi necesare documente suplimentare în afara celor trimise de Asigurat, Asigurătorul va trimite acestuia, la adresa de e-mail comunicată de Asigurat sau prin poștă, o Adresă prin care solicită documentele necesare instrumentării Dosarului de daună. Atunci când există neînțelegere asupra cuantumului Indemnizației de asigurare, partea necontestată din aceasta se va plăti de Asigurător anterior soluționării de către părți a neînțelegerii.

7.3. Dacă nu se pot stabili cauzele și circumstanțele în care s-a produs Evenimentul asigurat, respectiv dreptul Asiguratului de a încasa Indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății Indemnizației de asigurare, până la obținerea clarificărilor și documentelor necesare, pe care i le va solicita Asiguratului.

7.4. Plata Indemnizației de asigurare va fi făcută Asiguratului. Indemnizațiile ce trebuie achitate Asiguraților copii vor fi efectuate în contul bancar transmis de Asiguratul adult care a efectuat demersurile în numele copilului.

7.5. Toate plățile către Asigurat se vor face în moneda Contractului, prin transfer în contul bancar. Costurile privind transferul bancar vor fi suportate de Asigurat.

7.6. Pentru orice Serviciu medical acoperit prin Contractul de asigurare, de care a beneficiat Asiguratul în Rețeaua de Parteneri Medicali stomatologici, Asigurătorul va plăti direct contravaloarea Serviciilor medicale furnizate Asiguratului, conform condițiilor stipulate în contractele existente dintre Asigurător și Partenerii Medicali.

7.7. Drepturile prin Asigurare au caracter personal și nu se reportează.

ART. 8. EXCLUDERI GENERALE

1. Asigurătorul este degrevat de acoperirea de Servicii medicale stomatologice și/sau de plata Indemnizației de asigurare în cazul în care sunt cauzate de, rezultate din, agravate de, în legătură cu, întâmplare prin, derivate din sau aflate în conexiune, directă sau indirectă, parțială sau în totalitate cu:
 - i. recomandări primite de către Asigurat de la alți medici decât cei incluși în Rețeaua de Parteneri Medicali și/sau recomandări primite de la alți Furnizori de Servicii medicale aflați în afara limitelor teritorialității și/sau efectuate de persoane ce nu sunt cadre medicale autorizate;
 - ii. efectuate fără prescripție/ prescriere medicală sau fără a avea necesitate medicală (care nu sunt necesare din punct de vedere medical fiind efectuate în scop preventiv pentru prevenirea îmbolnăvirii/Servicii medicale profilactice (excepție fiind serviciile profilactice incluse în Condițiile Specifice de asigurare);
 - iii. a doua opinie medicală primită pentru aceeași Boală sau pentru consecințele aceluiași Accident de la alt medic de aceeași specialitate;
 - iv. consumul de alcool, droguri, substanțe toxice, etnobotanice sau narcotice, administrarea medicamentelor fără prescripție medicală (automedicația);
 - v. evenimente care decurg din sau în legătură cu explozii atomice, radiații sau infestări radioactive, contaminare chimică, fuziune, fisiune nucleară sau radioactivitate, război sau operațiuni similare, invazie a altor state, terorism, revoltă militară, insurecție, revoluție, lovitură de stat sau instaurarea unei dictaturi militare, declararea legii marțiale sau a stării de asediu, epidemii, pandemii recunoscute de către autoritățile competente;
 - vi. Proceduri medicale experimentale sau proceduri care se folosesc în cercetarea medicală, costuri/cheltuieli în legătură cu orice Servicii medicale/paramedicale nerecunoscute/ neomologate de către instituțiile abilitate, precum și consecințele acestora;
2. Asigurătorul nu acoperă niciun Serviciu medical în Perioada de suspendare;
3. Asigurătorul nu va acoperi niciun Serviciu medical ce nu este specificat în mod clar ca Serviciu medical acoperit în Lista de acoperiri sau peste limitele menționate în Condițiile Contractuale Generale și/sau Specifice de asigurare și/sau prestat în afara granițelor României sau în afara Rețea de Parteneri Medicali (exceptând Serviciile medicale de radiologie dentară conform tabelului de beneficii, pentru care accesarea poate fi permisă și în afara rețelei de parteneri medicali).
4. Asigurătorul nu acoperă niciun Serviciu medical în Perioada de gratie.

ART. 9. PREVEDERI FINALE

9.1. Schimbarea adresei și a datelor de contact

9.1.1. Este necesar ca Asigurătorul să fie informat dacă adresa de corespondență a Contractantului/ Asiguratului s-a modificat, pentru a putea transmite informații referitoare la derularea Contractului de asigurare. Dacă se omite acest lucru, Asigurătorul transmite corespondența la ultima adresă cunoscută, fără să fie răspunzător de consecințele acestei acțiuni.

9.1.2. Adresa oficială de corespondență a Asigurătorului este cea a sediului social.

9.2. Asigurătorul nu este răspunzător pentru Serviciile medicale stomatologice acoperite de Contractul de asigurare, dacă se constată că nu au fost efectuate conform standardelor medicale. Asigurătorul nu poartă răspunderea niciunei pagube/incident/suferință cauzată Asiguratului în Rețeaua de Parteneri Medicali, indiferent de cauză și consecință. Responsabilitatea actului medical revine în exclusivitate medicului care a efectuat Serviciul medical, culpa acestuia fiind stabilită conform prevederilor legale.

9.3. Asigurătorul are dreptul de a modifica Condițiile Contractuale Generale și /sau Specifice și Contractul de asigurare în situația în care, pe parcursul derulării acestuia, intervin modificări legislative care impun adaptarea acestuia conform noilor dispoziții legale.

9.4. Fondul de garantare

În cazul deschiderii procedurii de faliment împotriva unui Asigurător, efectuarea plăților de indemnizații/despăgubiri rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii către Asigurați este garantată prin Fondul de garantare, constituit în condițiile legii prin contribuția Asiguratorilor, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor și are drept scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui asigurător. Fondul de garantare este constituit, administrat și utilizat de către fondul de garantare a asiguraților, persoana juridică de drept public, ce asigură efectuarea plății indemnizațiilor/despăgubirilor din disponibilitățile sale, către creditorii de asigurări, potrivit plafonului de garantare, stabilite de legea nr.213/2015

9.5. Taxe și comisioane

- a. Taxele sau comisioanele bancare aferente plății Primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de către Contractant.
- b. Taxele sau comisioanele bancare care privesc plata Indemnizației de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de Asigurat.

9.6. Soluționarea litigiilor

a. Părțile vor încerca să rezolve toate conflictele care pot apărea, pe cale amiabilă. Contractantul asigurării și Asiguratul vor comunica Asiguratorului, în scris, toate nemulțumirile, conflictele și neînțelegerile cu privire la derularea Contractului de asigurare, iar

Asigurătorul va răspunde în scris acestora sau se vor organiza întâlniri pentru soluționarea cererilor/lămurirea neînțelegerilor.

b. În conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, părțile au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor. SAL-FIN este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniile în care Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) are competență, care organizează și administrează proceduri SAL prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Pentru mai multe informații sau pentru a accesa platforma SAL-FIN, puteți vizita pagina de internet a Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în Domeniul Financiar Nonbancar la adresa www.salfin.ro.

9.7. Legislația aplicabilă

Contractul de asigurare este supus legislației române în vigoare, inclusiv a actelor normative privind asigurările și reasigurările (Codul Civil al României cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare cu modificările și completările ulterioare coroborat cu Ordinul 23/2009 cu modificările și completările ulterioare, Legea 213/2015 privind Fondul de Garantare și normele emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară și reglementare în domeniul asigurărilor în aplicarea acestor legi, Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare precum și Normele emise de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, respectiv de Autoritatea de Supraveghere Financiară).

Deduceri fiscale: În conformitate cu prevederile Legii 227/2015 (Codul fiscal), cu modificările și completările ulterioare aprobate prin Normele Metodologice prevăzute în HG 1/2016, Sumele încasate de persoanele asigurate, de beneficiarii desemnați prin Contractul de asigurare sau de terțele persoane păgubite, reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi de această natură, nu sunt venituri impozabile. Pentru anumite tipuri de asigurări, primele de asigurare pot fi cheltuieli deductibile, în condițiile prevăzute de legislația fiscală. Nu constituie venituri impozabile sumele încasate din asigurări de orice fel reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi cu excepția câștigurilor primite de la societățile de asigurări ca urmare a contractului de asigurare încheiat între părți, cu ocazia tragerilor de amortizare. Prevederile mai sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a modificării, abrogării unor reglementări chiar de nivel inferior care să le circumstanțieze aplicabilitatea.

9.8. Protecția datelor cu caracter personal

9.8.1. Asigurătorul este înregistrat în registrul ANSPDCP sub nr. 16900 și respectă toate prevederile Legii 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

9.8.2. Prin semnarea contractului de asigurare Contractantul, în numele Asiguraților, își exprimă expres acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal (inclusiv Codul numeric Personal și semnătura) de către Asigurător, din momentul în care acesta are acces la ele, în urma încheierii contractului de asigurare, precum și după încetarea acestuia, în vederea administrării contractului de asigurare, verificării cererii de despăgubire în cazul producerii evenimentului asigurat, activității de reasigurare și analiză a portofoliului de clienți (această enumerare fiind exemplificativă și nu limitativă) precum și acordul expres ca Asigurătorul să obțină, să prelucreze, să stocheze și să arhiveze datele și informațiile obținute, precum și să transmită, în condițiile și cu respectarea legii, către terțe persoane (rezidente și nerezidente, în acest ultim caz, chiar dacă legislația statului destinat nu oferă un nivel de protecție echivalent cu cel prevăzut de legea română) atât datele și informațiile obținute pe parcursul derulării contractului de asigurare, cât și datele cu caracter personal ale Asiguratului/Contractantului, în vederea prelucrării acestora.

9.8.3. Prin semnarea contractului de asigurare Contractantul, în numele Asiguraților, declară și garantează în mod expres că i-au fost aduse la cunoștință că își pot exercita dreptul de acces la date, dreptul de intervenție asupra datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, precum și dreptul de adresare către justiție. Pentru exercitarea dreptului de acces la date, a dreptului de intervenție asupra datelor și a dreptului de opoziție, Contractantul, în numele Asiguraților, se poate adresa Asigurătorului cu o cerere scrisă, datată și semnată, în care se vor menționa informațiile prevăzute de lege, cerere la care se va atașa o copie lizibilă de pe actul de identitate al solicitantului.

9.8.4. Contractantul, în numele Asiguraților, prin semnarea contractului de asigurare, declară că înțeleg pe deplin că scopul principal al prelucrării datelor este încheierea și administrarea contractului de asigurare și că refuzul de a le furniza determină imposibilitatea de a încheia contractul de asigurare.

9.8.5. Contractantul, în numele Asiguraților, prin semnarea contractului de asigurare, conform Ordinului nr. 24/2008 modificat și completat prin Ordinul CSA 5/2011 pentru punerea în aplicare a Normelor privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor, declară că va respecta prevederile ordinului nr. 24/2008, modificat și completat prin Ordinul CSA 5/2011, că va declara beneficiarul real al contractului de asigurare la momentul semnării contractului de asigurare și că va înștiința Asigurătorul în cazul în care deține o funcție publică, indicând totodată și funcția deținută.

9.8.6. Contractantul, în numele Asiguraților, se obligă să comunice Asiguratorului de îndată orice modificare a declarațiilor date și însușite la momentul semnării contractului de asigurare. În caz contrar, Asiguratorul își rezervă dreptul de a refuza efectuarea tranzacțiilor solicitate și/sau de a înceta relațiile cu Asiguratul/Contractantul în cazul unor declarații false sau dacă are suspiciuni cu privire la realitatea celor declarate.

9.9. Alte Prevederi

9.8.1. Toate solicitările Contractantului/Asiguratului trebuie exprimate în scris și sunt valide din momentul în care sunt înregistrate de către Asigurător. Formularele tipizate trebuie completate în totalitate și semnate de către Asigurat/Contractant, după caz.

9.9.2. Efectuarea notificărilor reciproce între Asigurător și Contractant/Asigurat se probează cu confirmare de primire poștală sau alt mijloc de transmitere care atestă primirea mesajului.

9.9.3. Contractantul/Asiguratul se poate adresa direct Sediului Central al Asigurătorului pentru transmiterea oricăror sesizari sau pentru solicitarea de informații. În solicitare trebuie menționate pe lângă motivul sesizării/solicitării de informații necesare, următoarele elemente: nume și prenume, CNP, adresă, precum și numărul Poliței de asigurare.

9.9.4. Contractantul/Asiguratul nemulțumit de soluționarea cererilor privind Contractul de asigurare se poate adresa Autorității de Supraveghere Financiară, autoritatea administrativă responsabilă de punerea în aplicare a legislației în domeniul asigurărilor precum și de supravegherea și controlul respectării dispozițiilor legale, în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare.

9.9.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de beneficiarul plății pentru a determina cuantumul obligației de plată al Indemnizației de asigurare. Asiguratul, fără a fi exonerat de obligația depunerii documentelor, mandatează Contractantul/Asigurătorul să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități care se impun a fi îndeplinite și pentru obținerea oricăror documente care se impun a fi procurate, astfel încât Asigurătorul să poată stabili circumstanțele de producere a Riscului/ Evenimentului asigurat și cuantumul Indemnizației de plată, după caz.

9.9.6. Cheltuielile pentru emiterea/obținerea documentelor necesare vor fi suportate de către Asigurat. În cazul în care unul sau mai multe documente sunt emise într-o limbă străină, acestea trebuie să fie prezentate Asigurătorului în traducere legalizată în limba română.

9.9.7. Toate sumele datorate de Asigurător nu sunt purtătoare de dobândă.