

## 1. DISPOZIȚII GENERALE

1.1. Termenii și Condițiile Generale ale Asigurării mixte de viață („Condițiile de Asigurare” în cele ce urmează) împreună cu Cererea de Asigurare și Oferta care a stat la baza acesteia, precum și Polița de Asigurare sunt parte integrantă a Contractului de Asigurare mixtă de Viață (denumit „Contractul de asigurare” în cele ce urmează), pe care Contractantul îl încheie cu Societatea de Asigurare (denumită ‘Asigurătorul’ în cele ce urmează).

1.2. Asigurarea mixtă de viață (denumită în continuare Asigurarea) este încheiată de Contractantul asigurării (care poate fi aceeași persoană cu Asiguratul definit conform Capitolului 2, Definiții) în baza condițiilor de asigurare ale Asigurătorului.

1.3. Prezentele Condiții generale de asigurare sunt completate dacă este cazul, de Condițiile speciale referitoare la fiecare acoperire în parte.

## 2. DEFINIȚII

Termenii următori au semnificația stabilită, oriunde ar apărea în cadrul textului, în cazul în care nu se specifică altfel:

2.1. Accident: Eveniment neintenționat, brusc, violent și neașteptat cauzat de forțe externe, independent de voința Asiguratului, survenit pe perioada valabilității Asigurării și care, în mod direct și independent de orice afecțiune mentală sau funcțională cauzează decesul, invaliditatea sau internarea în spital a Asiguratului; În înțelesul acestei definiții, următoarele evenimente sunt considerate Accidente (lista nu trebuie considerată exhaustivă): electrocutare, trăsnetul, cădere de la înălțime, alunecare, înec, întepătura, tăierea, atacul din partea unei persoane sau a unui animal, rană prin împușcare, sau răni provocate prin explozia unor substanțe chimice, intoxicarea cu alimente sau substanțe chimice, intoxicarea cu gaze sau substanțe nocive, arsuri, provocate de foc sau electricitate, obiecte fierbinți, fluide sau gaze, substanțe acide sau bazice, sufocarea ca urmare a unei surprări (cu pământ sau nisip, altele) sau datorată inhalării de fum sau gaze, cu excepția bolilor profesionale, evenimentele produse ca urmare a circulației mijloacelor de transport sau din cauza accidentelor produse de acestea, de funcționarea aparatelor, instrumentelor sau a armelor de foc;

2.2. Acoperire temporară: Indemnizația acordată Beneficiarului desemnat în cazul în care decesul Asiguratului survine în perioada precontractuală, calculat conform art. 5.4 din prezentele Condiții de asigurare;

2.3. Activitate periculoasă: O ocupație sau o activitate remunerată sau nu, care este considerată în general ca fiind periculoasă (ca de exemplu, dar fără a se limita la expunerea la radiații, temperaturi extreme, minerit, exploatarea unor substanțe periculoase și/sau explozive, activități armate ale forțelor speciale, aviație, automobilism, motociclism, parașutism, scufundări, sărituri cu coarda elastică, curse de orice fel, zboruri, altele decât în calitate de pasager cu o linie aeriană comercială, altele);

2.4. An contractual: An începând de la Data începerii asigurării sau la Aniversarea acesteia;

2.5. Aniversare: Aniversarea anuală a Datei Începerii;

2.6. Asigurat: Persoană fizică a cărei viață sau integritate fizică face obiectul Contractului de asigurare;

2.7. Asigurător: Societatea de asigurare cu care este încheiat un Contract de asigurare și care va plăti Indemnizația de asigurare către Beneficiar/ Beneficiari conform obligațiilor contractuale asumate;

2.8. Beneficiar: Persoană fizică sau juridică căreia, în temeiul Contractului de asigurare (beneficiar desemnat) sau a unei legi (în calitate de moștenitor legal), Asigurătorul urmează să îi plătească Indemnizația de asigurare la apariția Riscului asigurat;

2.9. Cerere de asigurare: Cerere scrisă de încheiere a unui Contract de asigurare transmisă de către Contractant către Asigurător;

2.10. Condiție medicală preexistentă: O leziune sau afecțiune sau consecințele ei, precum și orice manifestare patologică sau altă condiție medicală rezultată în urma unei afecțiuni sau a unui Accident care a apărut anterior datei intrării în vigoare a contractului de asigurare, pentru care Asiguratul a fost diagnosticat, a solicitat sau a primit tratament sau servicii medicale sau a urmat un tratament prescris de un medic autorizat;

2.11. Contract de asigurare: Actul juridic încheiat între Contractantul asigurării și Asigurător, care reglementează drepturile și obligațiile lor reciproce. Contractul de asigurare nu se poate dovedi prin martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă. Dovada încheierii Contractului de asigurare rezultă din emiterea de către Asigurător a Poliței;

2.12. Contractant: Persoană fizică sau juridică ce încheie contractul de asigurare și care își asumă toate drepturile și obligațiile în legătură cu administrarea acestuia; acesta poate fi înlocuit oricând pe perioada derulării Contractului de asigurare cu condiția ca acesta să fie eligibil;

2.13. Data începerii: Data la care Asigurarea intră în vigoare, conform Capitolului 5;

2.14. Data solicitării: Data la care Cererea de asigurare este semnată de Contractantul asigurării;

2.15. Perioada asigurată: Perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare cuprinsă între datele specificate pentru începerea și expirarea Contractului de asigurare;

2.16. Perioada de grație: Perioada de timp după scadența Primei de asigurare în care se poate plăti Prima de asigurare restantă și în care polița rămâne în vigoare;

- 2.17. Perioada precontractuală: Perioada cuprinsă între Data solicitării și, respectiv, plata primei inițiale și data la care asigurarea intră în vigoare;
- 2.18. Polița de asigurare: Documentul scris emis de Asigurător ca dovadă a încheierii Contractului de asigurare;
- 2.19. Prima de asigurare: Suma pe care Contractantul o va plăti Asigurătorului și care este definită în contractul de asigurare cu titlu de obligație de plată în schimbul indemnizațiilor oferite de Asigurător;
- 2.20. Prima inițială: Suma pe care Contractantul sau Asiguratul o va plăti Asigurătorului înainte de data emiterii Poliței;
- 2.21. Suma asigurată: Suma maximă pe care Asigurătorul o va plăti Beneficiarului în conformitate cu Contractul de asigurare, la apariția unui Risc asigurat;
- 2.22. Suma asigurată redusă: Suma la care este redusă Suma asigurată inițială în conformitate cu Tabelul sumelor asigurate reduse, ca o consecință a neplătii Primei de asigurare în termen de 3 (trei) luni de la data ultimei scadențe și numai în condițiile în care primele de asigurare au fost plătite pentru cel puțin 3 (trei) ani contractuali.
- 2.23. Rezerva matematică: Valoarea curentă a obligațiilor viitoare ale Asigurătorului diminuate cu valoarea curentă a obligațiilor viitoare ale Contractantului;
- 2.24. Risc asigurat: Decesul din orice cauză pe perioada valabilității Contractului de asigurare sau supraviețuirea Asiguratului la expirarea Perioadei asigurate;
- 2.25. Taxa de emisie: Suma de bani pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului înainte de emiteria Poliței de asigurare.
- 2.26. Valoarea de răscumpărare: Suma de bani pe care Asigurătorul o va plăti Contractantului în calitate de deținător al dreptului de răscumpărare în cazul renunțării la contract înainte de data expirării perioadei asigurate.

### **3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE**

- 3.1. Conform Contractului de asigurare mixtă de viață, Contractantul va plăti Asigurătorului Prima de asigurare, iar Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de asigurare la producerea unui Risc asigurat.
- 3.2. În cadrul acestei Asigurări este posibilă, deasemenea, contractarea unei asigurări suplimentare în conformitate cu Condițiile Speciale.
- 3.3 Asigurătorul este răspunzător pentru Sume asigurate și plăți numai în ceea ce privește Riscurile asigurate și în limitele precizate în Contractul de asigurare sau modificările aduse acestuia.
- 3.4. Acordurile referitoare la conținutul Contractului de asigurare vor fi valabile numai dacă sunt efectuate în scris.

### **4. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

Articolul 1 Încheierea cererii de asigurare

- 4.1.1. Un contract de asigurare de viață este încheiat în conformitate cu Cererea de asigurarea scrisă, transmisă de Contractant Asigurătorului, utilizând formularul emis de acesta. Contractantul/ Asiguratul va furniza informații corecte Asigurătorului în ceea ce privește vârsta și starea de sănătate (a Asiguratului). Dacă Asigurătorul consideră necesar, poate cere Asiguratului să se supună unei examinări medicale efectuate de un medic/ clinică medicală agreeat/ă de Asigurător și va suporta costul oricăror astfel de investigații. În cazul în care contractul încetează prin voința unilaterală a Contractantului înainte de data expirării specificată în Polița de asigurare, dar nu mai târziu de 5 ani de la data începerii Asigurării, costul investigațiilor medicale va fi recuperat de către Asigurător prin scăderea acestuia din Valoarea de răscumpărare a poliței.
- 4.1.2. Toate persoanele eligibile pot intra în asigurare sub rezerva acceptării riscului de către Asigurător, după evaluarea acestui risc și emiteria Poliței de asigurare. Asigurătorul poate oferi posibilitatea includerii în asigurare în condiții speciale sau poate refuza asigurarea persoanelor considerate a avea un risc semnificativ mai mare.
- 4.1.3. Conform acestor Condiții de asigurare se consideră eligibile, în calitate de Asigurat, persoanele cu vârste cuprinse între 16 și 64 de ani neîmpliniți la data intrării în valabilitate a Asigurării, iar Perioada asigurată minimă este de 5 (cinci) ani întregi (calculați de la data intrării în valabilitate a Asigurării).
- 4.1.4. Vârsta minimă a Contractantului asigurării trebuie să fie de 18 (optsprezece) ani împliniți la Data solicitării.
- 4.1.5. Vârsta Asiguratului la momentul intrării în vigoare respectiv al expirării asigurării se consideră a fi vârsta în ani împliniți determinată ca diferența între anul calendaristic în care începe sau expiră asigurarea și anul nașterii Asiguratului.
- 4.1.6. Dacă Asiguratul este minor sau o persoană cu capacitate juridică restrânsă, contractul de asigurare poate fi semnat numai cu acordul scris al tutorei legale al Asiguratului.
- 4.1.7. Asigurătorul și Contractantul sunt angajați reciproc pe baze precontractuale în conformitate cu condițiile de asigurare standard ale Asigurătorului, de la Data solicitării (inclusiv ziua respectivă) până la data la care Asigurarea intră în vigoare conform Art. 5.2, cu condiția ca Asiguratul să fie apt de muncă, să nu se afle sub tratament sau observație medicală, sau să nu fie supus unor restricții sau excepții conform Condițiilor Generale și doar în situația în care Prima de asigurare (sau prima rată din aceasta) să fie platită. În cazul în care Asigurătorul refuză Cererea de asigurare, va informa Contractantul în scris cu privire la acest lucru.
- 4.1.8. Cererea de asigurare este parte integrantă a Contractului de asigurare și va fi semnată de toate părțile din Contractul de asigurare – Asigurătorul pe de o parte și Contractantul și Asiguratul (dacă este o persoană diferită de Contractant) pe de cealaltă parte.
- 4.1.9. Se va considera că, Contractantul a renunțat la/ nu a acceptat Cererea de asigurare/ Oferta/ modificările propuse de Asigurător în intervalul de maxim 45 de zile de la data semnării Cererii de asigurare în cazul în care acesta nu își exprimă acordul în scris referitor la condițiile de asigurare propuse de Asigurător. După această perioadă, Prima de asigurare plătită în contul Asigurătorului va fi returnată Contractantului, fără a fi necesară o Cerere de returnare a primei din partea acestuia.
- 4.1.10. După semnarea Cererii de Asigurare și plata Primei inițiale, acceptarea riscului de către Asigurător va fi confirmat prin emiteria Poliței de asigurare.

Articolul 2 Polița de asigurare

- 4.2.1. După evaluarea tuturor informațiilor și documentelor primite referitoare la Asigurat, Asigurătorul poate să:

- emită Polița de asigurare în condițiile standard specificate în Cererea de Asigurare;

- ofere Contractantului posibilitatea de a încheia Asigurarea în baza unor condiții speciale de risc, diferite de standardul specificat în Cererea de asigurare; În cazul în care Contractantul refuză încheierea contractului conform condițiilor speciale, prima platită va fi returnată după deducerea taxei de emiterie a poliței și, dacă este cazul, a oricăror cheltuieli suportate de Asigurător cu investigațiile medicale;

- refuze încheierea contractului. În acest caz, Asigurătorul va transmite o notificare scrisă către Contractant în termen de 5 zile de zile de la primirea întregii documentații, menționând motivele refuzului său. Orice prime plătite vor fi returnate Contractantului, fără a deduce cheltuielile legate de taxa de emiterie a poliței sau cheltuielile suportate de Asigurător cu investigațiile medicale.

Pe baza datelor și informațiilor din Cererea de asigurare și a celorlalte documente în completarea acesteia, Asigurătorul va emite Polița de asigurare mixtă de viață.

4.2.2. Următoarele documente sunt parte integrantă a Contractului de asigurare: Cererea de asigurare, declarația cu privire la starea de sănătate, raportul medicului și rezultatele examinărilor medicale (dacă există), Polița de asigurare, Condițiile generale (precum și orice Condiții speciale de asigurare în privința cărora Contractantul și/sau Asiguratul și-au exprimat acordul în scris), Oferta conținând Tabelul valorilor de răscompărare și al sumelor asigurate reduse, precum și orice alte documente asupra cărora părțile convin că sunt parte integrantă a Contractului de asigurare.

4.2.3. O Poliță de asigurare mixtă de viață poate fi doar nominală.

4.2.4. Semnăturile potențialilor Contractant și Asigurat (în cazul în care este o persoană diferită de Contractant) înscrise în Cererea de asigurare, vor fi considerate semnături și pe Polița de asigurare emisă de Asigurător ca dovadă a încheierii Asigurării.

#### Articolul 3

4.3.1. Toate informațiile și declarațiile pe care părțile la contract le transmit în conformitate cu prevederile Condițiilor de asigurare trebuie furnizate în scris.

4.3.2. Data primirii oricăror informații și/sau declarații va fi considerată data la care informațiile și/sau declarațiile au fost primite de Asigurător. Dacă informațiile și/sau declarațiile au fost transmise prin poșta înregistrată, data livrării poștale a acestora va fi considerată data primirii.

### **5. PERIOADA DE VALABILITATE ȘI INTRAREA ÎN VIGOARE A CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

5.1. Contractul de asigurare poate fi încheiat pentru o durată între 5 (cinci) și 25 (douazecișicinci) de ani. Perioada asigurată va fi specificată astfel încât în anul expirării acesteia, vârsta Asiguratului să nu depășească limita maximă stabilită în Condițiile de asigurare aferente.

5.2. Data începerii acoperirii contractuale va fi întotdeauna ora 00.00 a zilei următoare celei în care Asigurătorul a acceptat Cererea de asigurare, dată specificată în Poliță ca dată de începere a asigurării. Polița de asigurare va expira la ora 24.00 în ziua specificată în Poliță drept dată a expirării acoperirii.

5.3. Acoperirea prin asigurare va începe o dată cu plata Primei de asigurare sau a primei rate a acesteia, sub forma unei Acoperiri temporare.

5.4. Asigurătorul oferă Acoperirea temporară limitată în cazul decesului din Accident al Asiguratului iar suma plătită de către Asigurător în acest caz va fi de 50% din Suma asigurată dar nu mai mult de 5.000 (cinci mii) EUR.

Acoperirea temporară va intra în vigoare și va fi valabilă începând cu Data solicitării sau a plății Primei de asigurare sau a Primei inițiale, dacă:

- la momentul semnării Cererii de asigurare, potențialul Asigurat poate să se considere într-o stare bună de sănătate și apt de muncă (având o capacitate de muncă în proporție de 100%);
- la momentul semnării Cererii de asigurare potențialul Asigurat nu urma vreun tratament medical și nu se afla sub supraveghere medicală astfel încât să constituie Condiție medicală preexistentă;
- Asiguratului nu i s-au solicitat Examinări medicale, documente/ chestionare medicale în scopul evaluării riscului asigurabil iar rezultatele acestora sunt așteptate de către Asigurător;
- Plata Primei de asigurare sau a Primei inițiale a fost efectuată de către Contractant;
- Condițiile generale de asigurare nu stipulează alte limitări sau excluderi.

5.6. Acoperirea temporară ia sfârșit în ziua în care Acoperirea conform Poliței de asigurare intră în vigoare pentru întreaga Sumă asigurată dar nu mai târziu de 45 (patruzecișicinci) zile de la Data solicitării.

5.7. Dacă și în situația în care Riscul asigurat se produce înainte de data înscrisă în Poliță ca dată de începere a asigurării și după plata Primei inițiale (adică în perioada de acoperire temporară), Prima inițială achitată va fi transformată în Primă de asigurare.

5.8. Dacă, după primirea Poliței de asigurare, Contractantul sau Asiguratul decid că aceasta nu este potrivită necesităților lor, aceștia vor trebui să trimită Asigurătorului o notificare scrisă în termen de 20 (douăzeci) de zile de la data emiterii Poliței solicitând anularea acesteia. În acest caz, cu condiția să nu fi survenit un Risc asigurat, Polița va fi anulată și toate primele încasate de Asigurător vor fi returnate, după deducerea taxei de emiterie a poliței și, după caz, a cheltuielilor legate de examinarea medicală.

### **6. DETERMINAREA PRIMEI DE ASIGURARE ȘI A SUMEI ASIGURATE**

#### Articolul 1

6.1.1. Asigurătorul va determina, în principal, cuantumul Primei de asigurare în funcție de vârsta Asiguratului la data de început a asigurării, tariful selectat, Suma asigurată și Perioada asigurării.

6.1.2. Prima de asigurare poate fi plătită fie anual, fie în rate egale sub-anuale.

6.1.3. În cazul frecvențelor de plată altele decât cea lunară Asigurătorul va acorda următoarele reduceri:

- 5% pentru plata anuală;
- 3% pentru plata semestrială;
- 1% pentru plata trimestrială.

6.1.4. Prima de asigurare se va plăti în contul Asigurătorului. Plata poate fi efectuată în numerar la casieria Băncii agreate de Asigurător sau prin ordin de plată direct în contul Asigurătorului iar toate cheltuielile aferente acestei plăți sunt în sarcina Contractantului.

6.1.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a deduce din valoarea indemnizației de plată orice prime sau sume neachitate pentru întregul an contractual în care a survenit decesul Asiguratului.

6.1.6. Prima de asigurare și/sau prima rată de primă va fi scadentă la semnarea Cererii de asigurare. Ratele de primă ulterioare vor fi plătite lunar, trimestrial, semestrial sau anual, după cum s-a convenit la încheierea Contractului de asigurare și se menționează în Polița de asigurare.

6.1.7. La fiecare Aniversare a Contractului de asigurare, Contractantul asigurării poate solicita schimbarea frecvenței de plată a Primei de asigurare, printr-o înștiințare în scris adresată Asigurătorului cu cel puțin 30 (treizeci) zile înainte de data aniversării.

6.1.8. Prima de asigurare va fi considerată achitată în momentul efectuării plății în favoarea și în contul Asigurătorului.

6.1.9. Pentru orice prelungire a datei scadente pentru plata primei este necesară aprobarea scrisă a Asigurătorului.

6.1.10. Moneda în care este exprimată Prima de asigurare va fi precizată în Cererea de asigurare și va fi evidențiată în Poliță.

6.1.11. Modificarea Primei de asigurare anuale se poate face numai la Aniversarea Contractului de asigurare, Contractantul asigurării putând solicita modificarea printr-o înștiințare în scris adresată Asigurătorului cu cel puțin 30 (treizeci) de zile înainte de data aniversării. Modificarea Primei de asigurare poate conduce la modificarea Sumei asigurate și la necesitatea unei noi evaluări a riscului. Modificarea primei de asigurare în sensul micșorării sale, se va face cu respectarea nivelului primei anuale minime în vigoare la data cererii de modificare,

6.1.12. Nicio modificare a primei de asigurare nu va fi permisă în cazul în care:

- Au fost înregistrate mai mult de două întârzieri la plata primei de asigurare, incluzând perioada de grație, pe parcursul ultimilor 3 (trei) ani ai contractului, sau

- s-a produs un Risc asigurat pentru care a fost înregistrată o Cerere de despăgubire în ultimele 12 (douăsprezece) luni anterioare cererii de modificare.

#### Articolul 2

6.2.1. Cuantumul Sumei asigurate va fi determinat prin acordul Contractantului și al Asigurătorului în conformitate cu Tariful Asigurătorului, vârsta și sexul Asiguratului și perioada asigurată convenită.

6.2.2. Contractantul va plăti Prima inițială odată cu transmiterea Cererii de asigurare, această Primă reprezentând o sumă agreată în conformitate cu Condițiile Asigurătorului. Suma reprezentând Prima inițială va fi recunoscută drept Prima de asigurare plătită sau prima rată a acesteia în cazul în care, pentru valabilitatea asigurării, se emite Polița de asigurare; în caz contrar, întreaga sumă va fi rambursată Contractantului.

6.2.3. Moneda în care este exprimată Indemnizația de asigurare care va fi platită de Asigurător la apariția unui Risc asigurat, este înscrisă în Cererea de asigurare și va fi precizată în Poliță.

#### Articolul 3 Plata primei de asigurare și consecințele neplății acesteia

6.3.1. Contractantul asigurării sau Asiguratul va plăti Prima de asigurare la datele scadente agreate. Restanțele la plata primei se referă întotdeauna la următoarele prime neachitate, în ordinea datelor de scadență. Pe tot parcursul executării contractului, Asigurătorul își rezervă dreptul de a face imputația plăților.

6.3.2. Prima de asigurare aferentă acoperirilor suplimentare va fi achitată în aceleași intervale de timp și în aceeași monedă ca și prima pentru asigurarea de bază.

#### Articolul 4

6.4.1. Pentru plata primelor de asigurare, altele decât prima inițială, Asigurătorul va pune la dispoziția Contractantului o perioadă de grație de 30 (treizeci) de zile de la data ultimei scadențe, perioadă în care asigurarea rămâne în vigoare cu toate atributele ei.

6.4.2. Asigurătorul va oferi posibilitatea păstrării în vigoare a contractului pentru maxim 3 (trei) luni de la data ultimei prime scadente și neachitate. În acest interval de timp, dacă primele datorate nu sunt plătite, Asigurătorul va transmite/ notifica Contractantul în scris, solicitând achitarea primei datorate.

6.4.3. În cazul în care, după 3 (trei) luni de la ultima dată scadentă și urmare a notificării Asigurătorului, Prima de asigurare nu este achitată și cu condiția ca Asigurătorul să nu fi fost înștiințat în legătură cu producerea Riscului asigurat (decesul Asiguratului), Asigurătorul poate, cu condiția verificării îndeplinirii tuturor condițiilor necesare:

- Să informeze Contractantul și Asiguratul că Suma asigurată va fi redusă conform Tabelului sumelor asigurate reduse, dacă primele anuale pentru cel puțin 3 (trei) ani de asigurare au fost achitate;

- Să suspende Contractul de asigurare începând cu data ultimei prime de asigurare scadente.

6.4.4. Dacă decesul Asiguratului survine în decursul unei perioade de 3 (trei) luni, inclusiv perioada de grație, de la data ultimei prime scadente și neachitate, Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de asigurare.

6.4.5. Dacă decesul Asiguratului survine după expirarea a 3 (trei) luni de la data ultimei prime scadente și neachitate se va considera că Suma asigurată a fost redusă sau contractul de asigurare a încetat, după cum primele de asigurare pentru cel puțin trei ani contractuali de asigurare au fost încasate sau nu.

6.4.6. După expirarea a 3 (trei) luni de la data ultimei scadențe și în lipsa apariției unui Risc asigurat, Contractul de asigurare încetează de drept, fără nicio altă formalitate și fără intervenția instanțelor de judecată dacă primele de asigurare aferente primilor trei ani contractuali de asigurare nu au fost achitate; în acest caz, Contractantul/Asiguratul/ Beneficiarul nu mai este îndreptățit la niciun fel de Indemnizație de asigurare în baza Contractului de asigurare.

## 7. ÎNCEPEREA ȘI TERMINAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

7.1. Răspunderea Asigurătorului de a plăti Suma asigurată va începe la ora 00.00 a datei de începere a Asigurării specificată în Polița de asigurare.

7.2. Răspunderea Asigurătorului încetează după îndeplinirea obligațiilor convenite în decursul Perioadei asigurate și/sau la expirarea acoperirii prin asigurare, respectiv la ora 24.00 a zilei specificată în Polița de asigurare.

7.3. În cazul producerii Riscului asigurat, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare conform acestor Condiții.

## 8. EXCLUDERI

8.1. Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare în următoarele situații:

a). În cazul declarațiilor false făcute de Asigurat / Contractant în Cererea de Asigurare;  
b). Dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a sinuciderii Asiguratului în primii 2 (doi) ani de la data încheierii Contractului de asigurare, oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; Sinuciderea nu este considerată Accident.

8.2. Asigurătorul nu va fi răspunzător să plătească Indemnizația de asigurare sub forma Sumei asigurate ci numai valoarea de răscumparare a Contractului, în cazul în care decesul Asiguratului survine direct sau indirect în legătură cu următoarele situații:

a) ca urmare a unei Afecțiuni preexistente sau urmărilor unui Accident anterior datei de început a Poliței de asigurare, cu excepția cazului în care afecțiunea sau urmările au fost declarate la încheierea asigurării și acceptate în scris de către Asigurător;

b) ca urmare a evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedeclarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;

c) ca urmare a unor explozii sau emanații de căldură sau radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice;

d) ca urmare a participării active la întreceri cu vehicule cu motor desfășurate pe pământ, apă sau în aer, precum și ca urmare a participării la concursuri de schi, sărituri cu schiurile, bob, schibob, snowmobil precum și la antrenamente corespunzătoare acestor concursuri;

e) ca urmare a unor răniri dobândite:

i. în timpul unei ascensiuni montane, acolo unde în mod normal se utilizează frânghii și materiale de alpinism;

ii. în urma practicării unor sporturi extreme, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): parașutismul, deltaplanorismul, utilizarea de parapante, sărituri cu coarda elastică, rafting, curse de cai, utilizarea unui snowmobil, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă;

iii. în urma practicării speologiei, surf-ului și windsurf-ului.

f) consecințelor infectării cu virusul HIV sau derivații ale acestuia, inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);

g) ca urmare a participării Asiguratului la serviciul militar în orice țară sau autoritate internațională, în perioadă de pace sau război;

h) ca urmare a îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.;

i) ca urmare a bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zona cu potențial mare de contaminare;

j) ca urmare a bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;

k) ca urmare a bolilor cronice care nu au fost diagnosticate în perioada de valabilitate a contractului de asigurare;

l) ca urmare a comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);

i. fapte incriminate de dispozițiile legale privind circulația pe drumurile publice ca infracțiuni săvârșite cu intenție;

ii. participarea Asiguratului la acte de terorism sau sabotaj, săvârșirea vreunei infracțiuni contra patrimoniului ori contra vieții, integrității corporale și sănătății, așa cum sunt prevăzute de Codul penal (art.208-222; art.174-185), precum și în timpul sustragerii de la urmărirea penală pentru asemenea fapte;

iii. consumul de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,8 la mie;

iv. utilizarea de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumul de droguri, sau efectuarea unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;

m) Participării voluntare a Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;

p) Folosirea aparatelor de zbor, cu excepția situației în care Asiguratul este pasager al unei linii de transport aerian civil sau pasager într-o aeronavă militară destinată transportului de pasageri;

r) Participarea la expediții cu caracter științific sau alte obiective;

s) Călătoriile în regiuni cu grad de risc ridicat, conform avertismentelor de călătorie al Ministerului Afacerilor Externe din România.

8.3. În cazul în care un Beneficiar a produs în mod intenționat decesul Asiguratului, Beneficiarul respectiv nu va fi îndreptățit la primirea niciunei părți a Indemnizației de asigurare în caz de deces. Partea din Indemnizația de asigurare în caz de deces care ar fi revenit acestuia va fi realocată către ceilalți Beneficiari sau către moștenitorii legali ai Asiguratului, dacă nu există alți Beneficiari numiți.

## 9. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI/ ASIGURATULUI

9.1. La încheierea unui Contract de asigurare mixtă de viață, Contractantul va transmite Cererea de asigurare către Asigurător, care va cuprinde declarații cu privire la toate faptele și împrejurările esențiale pentru evaluarea riscului de care are cunoștință sau care nu ar fi putut să îi rămână necunoscute.

Fiecare situație în legătură cu care Asigurătorul a formulat o întrebare în scris în chestionarul sau va fi considerată o împrejurare esențială.

9.2. În cazul în care Contractantul a făcut în mod intenționat declarații false sau nu a dezvăluit în mod răuvoitor o împrejurare esențială pentru evaluarea riscului și care ar fi fost motiv/ condiție de a nu încheia Contractul de asigurare, Asigurătorul are dreptul, în timpul executării acestuia, să înceteze/ rezilieze Contractul de asigurare.

Notificarea de reziliere va fi transmisă Contractantului cu cel puțin 20 (douăzeci) de zile înainte ca încetarea Contractului de asigurare să devină efectivă.

9.3. În cazul în care Contractul de asigurare este reziliat pentru motivele prevăzute la art. 9.2. de mai sus, iar Riscul asigurat s-a produs înainte de data rezilierii, Asigurătorul va reține toate primele de asigurare încasate și va fi îndreptățit să solicite achitarea primei de asigurare restante, dacă există.

9.4. Pentru motivele și în condițiile prevăzute la art. 9.2 și 9.3 de mai sus, Asigurătorul își poate exercita dreptul de încetare/ reziliere a Contractului de asigurare într-un interval de o lună de la data la care a luat cunoștință de existența unor declarații false sau nedeazăluirea împrejurărilor reale. Asigurătorul nu va avea dreptul să înceteze/ rezilieze Contractul de asigurare dacă situația care nu a fost dezvăluită nu afectează/ determină o probabilitate de apariție a Riscului asigurat.

9.5 În cazul în care Contractantul sau Asiguratul a făcut în mod voit o declarație falsă ori incompletă sau dacă nu a transmis către Asigurător o notificare în situația în care ar fi trebuit să facă acest lucru, Asigurătorul are posibilitatea ca în termen de o lună de la data la care a luat cunoștință de o astfel de declarație falsă sau incompletă, să rezilieze Contractul sau să propună creșterea Primei de asigurare proporțional cu creșterea riscului.

9.6. Pentru motivele și în condițiile prevăzute la art. 9.2 – 9.5, Contractul va înceta de drept și fără nicio altă formalitate, după un termen de 20 (douăzeci) de zile de la data la care Asigurătorul a notificat Contractantul sau Asiguratul cu privire la încetarea/ rezilierea Contractului. În cazul în care, în termenul prevăzut la art. 9.4 sau 9.5, Asigurătorul a propus creșterea Primei de asigurare, Contractul va înceta, de drept și fără nicio altă formalitate, dacă Asiguratul sau Contractantul nu a notificat Asiguratorului acceptarea propunerii în termen de 20 (douăzeci) de zile de la primirea acesteia.

9.7. În situația încetării Contractului conform art. 9.4. și 9.6., Asigurătorul nu va rambursa niciun fel de prime de asigurare încasate sau o parte a acestora, în cazul în care Contractantul refuză plata Primei suplimentare.

9.8. Dacă Riscul asigurat se produce înainte ca Asigurătorul să ia cunoștință de o declarație falsă sau incompletă ori de o împrejurare reală ce afectează valabilitatea contractului sau după ce a luat cunoștință dar înainte de încetarea contractului sau înainte de a se fi convenit asupra creșterii primei, Suma asigurată va fi redusă proporțional cu raportul dintre primele plătite și primele care ar fi trebuit să fie plătite pentru riscul real.

## **10. DECLARAȚII FALSE CU PRIVIRE LA VÂRSTA ASIGURATULUI**

10.1. Dacă în timpul executării contractului se constată că vârsta reală a Asiguratului este mai mică decât cea declarată la data încheierii Contractului de asigurare, Contractul rămâne valid iar Suma asigurată va fi determinată în funcție de vârsta reală a Asiguratului la data începerii asigurării sau Prima de asigurare va fi redusă la valoarea corespunzătoare acestei vârste iar Asigurătorul va returna diferența între primele de asigurare primite și primele de asigurare la care este îndreptățit.

## **11. RĂSCUMPARAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

11.1. Contractul de asigurare poate fi denunțat unilateral de către Contractant și/sau Asigurat în următoarele situații:

- La împlinirea oricărui de an de asigurare cu un preaviz de 30 (treizeci) de zile zile;

- În cursul unui an de asigurare, începând cu ultima zi a luni calendaristice în care expiră perioada de notificare prealabilă de trei luni transmisă Asigurătorului. Această opțiune este disponibilă numai după expirarea a cel puțin trei ani contractuali de asigurare.

La cererea Contractantului, Asigurătorul va plăti Valoarea de răscumpărare a poliței în conformitate cu Tabelul valorilor de răscumpărare, cu condiția ca primele de asigurare pentru cel puțin trei ani de asigurare să fi fost achitate. Quantumul Valorii de răscumpărare nu este proporțional cu primele de asigurare achitate.

11.2. În cazul Contractului de asigurare cu Suma asigurată redusă Valoarea de răscumpărare se plătește în aceleași condiții prevăzute la art. 11.1. din prezentul Capitol.

11.3. Asigurătorul poate oferi Contractantului plata Valorii de răscumpărare a Poliței dacă pe parcursul perioadei asigurate, dar nu mai devreme de 3 (trei) ani de la începerea asigurării, apar situații care fac dificilă îndeplinirea obligațiilor oricărora dintre părțile implicate.

11.4. Creditorii Contractantului, Asiguratului sau Beneficiarului nu vor avea drepturi asupra Valorii de răscumpărare.

11.5. Cu titlu de excepție de la paragraful anterior, răscumpărarea Poliței poate fi solicitată de un creditor în favoarea căruia a fost cesionată Polița, cu condiția ca împrumutul sau creditul pentru care a fost cesionată Polița nu a fost rambursat înainte de data maturității asigurării mixte de viață.

11.6. Răspunderea Asigurătorului în ceea ce privește răscumpărarea Poliței va înceta la ora 00.00 a zilei în care Valoarea de răscumpărare a fost plătită.

## **12. CESIUNEA CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

12.1. Polița de asigurare mixtă de viață poate fi cesionată.

12.2. Cesiunea este opozabilă Asigurătorului și creează obligații în sarcina sa numai dacă Contractantul a informat în scris Asiguratorul cu privire la cesiunea Contractului de asigurare către un anumit creditor iar Asiguratorul a emis un Act aditional în acest sens.

## **13. SUSPENDAREA ȘI REPUNEREA ÎN VIGOARE A CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

13.1. Asigurarea mixtă de viață care a fost suspendată pentru neplată sau a fost transformată în asigurare cu Suma redusă fără efectuarea de plăți ulterioare de prime poate fi repusă în vigoare prin transmiterea de către Contractant sau Asigurat a unei cereri scrise într-o perioadă de 12 (douăsprezece) luni începând cu ultima zi a lunii de asigurare pentru care a fost efectuată ultima plată a primei.

13.2. Răspunderea Asigurătorului conform Contractului de asigurare repus în vigoare va începe la ora 00.00 a zilei următoare celei în care Asigurătorul a acceptat în scris cererea de repunere în vigoare, cu condiția ca toate primele de asigurare scadente până la acea dată să fi fost achitate de către Contractant și sub rezerva evaluării riscului, dacă este cazul.

Asigurătorul va accepta sau va refuza cererea de repunere în vigoare în termen de opt (8) zile lucrătoare de la data primirii cererii transmise în condițiile art. 13.1, cu condiția ca toate cerințele necesare să fie îndeplinite.

13.3. Dacă cererea de repunere în vigoare a fost transmisă într-o perioadă de 3 (trei) luni de la data suspendării contractului de asigurare pentru neplată, Asigurătorul va accepta repunerea în vigoare a Contractului fără a solicita reînnoirea dovezii cu privire la starea de sănătate a Asiguratului.

13.4. Dacă cererea a fost transmisă după cea de a treia lună dar până la expirarea a 12 (douăsprezece) luni de la data de la care Contractul de asigurare a fost suspendat pentru neplată, Asiguratul va trebui să completeze un nou Chestionar cu privire la starea de sănătate și la cererea Asigurătorului să se supună unei noi examinări medicale.

13.5. Dacă decesul Asiguratului survine în termen de un an de la data repunerii în vigoare a asigurării, ca urmare a unei afecțiuni de care acesta suferea în momentul transmiterii solicitării de repunere în vigoare și pe care nu a dezvăluit-o la momentul respectiv, Asigurătorul va plăti rezerva matematică a Contractului numai dacă Prima de asigurare pentru cel puțin trei ani contractuali de asigurare era achitată la momentul repunerii în vigoare, cu excepția situației prevăzute în paragraful 13.3 de mai sus. Dacă într-o astfel de situație Prima de asigurare nu a fost achitată pentru cel puțin trei ani contractuali de asigurare Asigurătorul nu va avea niciun fel de răspundere.

13.6. Dacă în termen de doi ani de la repunerea în vigoare a asigurării Asiguratul se sinucide, Asigurătorul va plăti valoarea de răscumpărare acumulată până la acel moment.

#### **14. PARTICIPAREA LA PROFIT**

14.1. Prezentul Contract de asigurare prevede dreptul de participare la profitul Asigurătorului.

14.2. Procentul de alocare a participării la profit depinde de randamentul financiar obținut și de politica investițională a Asigurătorului. Acest procent se stabilește anual de Asigurător și se aplică la diferența dintre randamentul investițional anual al Asigurătorului și dobânda tehnică folosită în calculele actuariale.

14.3. Prima alocare a profitului se va face începând cu cel de-al patrulea an de asigurare.

14.4. În caz de deces al Asiguratului în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare sau la maturitate, profitul acumulat va fi plătit împreună cu Suma asigurată. La răscumpărarea contractului, profitul va fi plătit împreună cu Valoarea de răscumpărare a contractului.

14.5. Întrucât profitul viitor nu poate fi prevăzut, proiecțiile de ilustrare a participării la profit furnizate clienților se bazează pe estimările curente. Această informație nu presupune și nu constituie niciun fel de obligații pentru Asigurător.

14.6. Asigurătorul va informa anual fiecare Contractant, la Aniversarea Contractului de asigurare, cu privire la profitul care a fost alocat contractului lor, conform rezultatelor financiare calculate la data de 31 decembrie a fiecărui an anterior.

#### **15. DREPTURILE DIN ASIGURARE**

15.1. Toate drepturile ce decurg din Contractul de asigurare vor aparține Contractantului până la producerea Riscului asigurat.

15.2. Desemnarea Beneficiarului/ Beneficiarilor la încheierea Contractului de asigurare sau schimbarea Beneficiarului/ Beneficiarilor și/sau a procentelor alocate acestuia/ acestora pe perioada executării contractului se va face la Solicitarea în scris a Asiguratului ori prin testament.

15.3. Dacă persoana numită ca Beneficiar decedează înainte de apariția Riscului asigurat, și nu a fost desemnat alt beneficiar Indemnizația de asigurare va fi plătită moștenitorilor legali ai Asiguratului.

15.4. Dacă Beneficiarul este minor la data producerii Riscului asigurat, plata Indemnizației de asigurare se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legate speciale privind drepturile minorilor.

15.5. Înlocuirea sau revocarea Beneficiarului se poate face oricând în cursul executării Contractului de asigurare, în modul prevăzut la punctul 15.2.

15.6. În cazul în care Beneficiarul desemnat a decedat după producerea Riscului asigurat, dar înainte de a intra în posesia drepturilor din asigurare, acestea revin moștenitorilor săi legali.

15.7. Dacă unul din Beneficiari a produs intenționat decesul Asiguratului, drepturile din asigurare se plătesc celorlalți Beneficiari desemnați în Contractul de asigurare. Când cel care a produs intenționat decesul Asiguratului este Beneficiar unic, drepturile din asigurare se plătesc moștenitorilor legali ai Asiguratului.

Asigurătorul este îndreptățit să amâne orice plată până la rămânerea definitivă a unei hotărâri judecătorești prin care se constată vinovăția Beneficiarului.

15.8. În cazul în care au fost desemnați mai mulți Beneficiari, fără a se specifica cota parte care revine fiecăruia dintre ei, repartizarea drepturilor din asigurare se va face în părți egale.

15.9. Asigurătorul achită drepturile din asigurare Beneficiarului, pe cheltuiala acestuia. În cazul transmiterii sumelor în afara teritoriului României, Beneficiarul suportă riscurile legate de această transmitere.

15.10. După plata Indemnizației de asigurare, Asigurătorul nu va fi îndreptățit să primească nicio indemnizație, indiferent pe ce bază s-ar realiza aceasta, din partea unui terț responsabil pentru producerea Riscului asigurat.

15.11. Dreptul la indemnizații pentru repararea prejudiciului din partea unui terț responsabil pentru producerea Riscului asigurat va aparține Asiguratului și/sau Beneficiarului, independent de dreptul acestuia asupra Indemnizației de asigurare.

#### **16. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT**

16.1. Ca urmare a producerii unui Risc asigurat, Contractantul asigurării, Beneficiarii sau reprezentanții legali ai acestora vor transmite Asigurătorului în scris o cerere de despăgubire care să cuprindă informațiile referitoare la producerea evenimentului, descrierea efectelor produse și dreptul persoanei care formulează cererea de despăgubire de a primi indemnizația.

16.2. Beneficiarii sau reprezentanții lor legali vor informa Asigurătorul în scris în termen de 72 (șaptezecișidouă) de ore de la producerea Riscului asigurat sau de la momentul în care iau cunoștință de acesta dar nu mai târziu de 30 (treizeci) de zile de la data producerii Riscului asigurat.

16.3. Asigurătorul va avea dreptul să solicite dovezile necesare pentru stabilirea drepturilor Beneficiarilor asupra plății indemnizației.

Dacă obligațiile prevăzute la art. 16.2 nu sunt îndeplinite, Asigurătorul poate refuza acordarea Indemnizației de asigurare în cazul în care, din acest motiv, nu a putut determina împrejurările referitoare la producerea Riscului asigurat.

16.4. În funcție de natura Riscului asigurat, pentru acordarea Indemnizației de asigurare, sunt necesare următoarele documente:

a) În cazul supraviețuirii la data expirării poliței:

- Polița de asigurare în original sau Copie certificată cu originalul;
- Cartea de identitate a Asiguratului în copie certificată cu originalul sau orice alt document care poate fi folosit pentru identificarea acestuia.

b) În cazul decesului Asiguratului:

- Polița de asigurare în original sau copie certificată cu originalul;
- Certificatul de deces în copie certificată cu originalul;
- Certificatul constatator al decesului în copie certificată cu originalul;
- Raportul poliției, în cazul decesului din accident;
- Alte documente care descriu evenimentul, data producerii acestuia, circumstanțele, cauza/ cauzele și consecințele acestuia;
- Cartea de identitate în copie certificată cu originalul sau orice alt document de identificare al Beneficiarului Indemnizației de asigurare în caz de deces;
- Certificatul de mostenitor care atestă dreptul de moștenire asupra Indemnizației în caz de deces pentru cazul în care nu există Beneficiari numiți în poliță sau beneficiarul desemnat anterior producerii Riscului asigurat a decedat.

16.5. Asigurătorul va avea dreptul să solicite și alte documente, date sau informații în cazul în care consideră că acestea sunt necesare pentru stabilirea dreptului asupra Indemnizației de asigurare.

16.6 Toate documentele și dovezile vor fi prezentate Asigurătorului în original sau copii certificate cu originalul. Copiile relevante pot fi certificate de către un reprezentant al Asigurătorului în urma confruntării copiei cu originalul, reprezentant care va confirma copiile prin semnarea și datarea acestora.

16.7. Toate costurile legate de pregătirea documentației necesare în legătură cu Cererea de despăgubire vor fi suportate de Beneficiar.

16.8. După primirea tuturor documentelor necesare, Asigurătorul va transmite, în scris, în termen de maxim 30 zile, un răspuns la Cererea de despăgubire prin care Asigurătorul fie stabilește și plătește cuantumul Indemnizației de asigurare solicitate, fie refuză plata indemnizației parțial sau în întregime, caz în care vor preciza motivele refuzului său.

16.9 Dacă nu se specifică altfel în cadrul prezentelor Condiții Generale, Indemnizația de asigurare conform Contractului de asigurare va fi plătită, la alegerea Asiguratului, respectiv, Beneficiarului, în numerar sau prin transfer bancar. Toate costurile bancare sau costurile asociate tranzacției efectuate pentru plata Indemnizației vor fi suportate de Beneficiar.

16.10. În cazul în care Contractantul nu a desemnat un Beneficiar până la data producerii Riscului asigurat și Asigurătorul efectuează plata Indemnizației de asigurare către persoana/ele care are/au dreptul de a încasa această sumă, se va considera că Asigurătorul și-a îndeplinit obligațiile conform Contractului de asigurare dacă la momentul efectuării plății nu avea sau nu ar fi putut să aibă cunoștință de faptul că un Beneficiar a fost numit prin testament sau printr-un alt act care nu i-a fost transmis. Beneficiarul respectiv va avea dreptul să recupereze Indemnizația de asigurare de la persoana/ele în favoarea căreia/căroră a fost efectuată plata. Aceeași procedură se va aplica și în cazul modificării Beneficiarului, modificare ce nu i-a fost comunicată Asigurătorului.

16.11. Toate drepturile ce decurg din prezentul Contract de asigurare se vor prescrie într-un interval de doi ani de la data producerii unui Risc asigurat conform Contractului de asigurare.

## **17. ALTE DREPTURI ȘI OBLIGAȚII ALE PĂRȚILOR**

17.1. În cazul în care Contractantul asigurării își stabilește reședința în afara României, acesta va trebui să informeze, în scris, Asigurătorul cu privire la persoana din România autorizată să primească documentația referitoare la Contractul de asigurare.

17.2. Contractantul va informa Asigurătorul cu privire la orice modificare a reședinței.

17.3. Calculul Sumei asigurate reduse și a Valorii de răscumpărare a Contractului de asigurare se va face în conformitate cu regulile tehnice ale Asigurătorului.

17.4. În cazul modificării Beneficiarului sau a procentelor alocate acestuia, Asigurătorul va emite o anexă la Poliță pentru a înregistra această modificare. Anexa respectivă va intra în vigoare la ora 00.00 a zilei următoare datei primirii de către Asigurător a notificării în scris.

17.5. Orice solicitare de modificare a Contractului de asigurare de către Contractant sau Asigurat trebuie făcută în scris.

17.6. La producerea unui Risc asigurat, Asigurătorul:

- Va plăti Indemnizația de asigurare în caz de supraviețuire a Asiguratului către Asigurat;
- În cazul decesului Asiguratului, va plăti Indemnizația de asigurare în caz de deces beneficiarilor desemnați, conform Capitolului 7 din prezentele Condiții generale de asigurare.

## **18. NOTIFICĂRI/ COMUNICĂRI**

18.1. Orice notificare, comunicare, avizare sau înștiințare în legătură cu prezentul Contract de asigurare adresată de una dintre părți celeilalte este valabil îndeplinită dacă va fi comunicată în scris.

18.2. Orice notificare pe cale poștală se va face prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire la adresa Asigurătorului, iar în cazul Asiguratului la adresa de corespondență prevăzută în Contractul de asigurare sau, în ambele situații, la ultima adresă comunicată de Asigurator/ Asigurat/ Contractant și se consideră primită de destinatar la data menționată pe confirmare de oficiul poștal primitor.

În cazul în care părțile nu notifică schimbarea adreselor prevăzute în Cererea de asigurare sau în anexele acesteia, precum și noua adresă, orice notificare trimisă la adresele prevăzute în Contractul de asigurare este perfect valabilă.

18.3. În situația în care notificarea se transmite prin fax sau e-mail, ea se consideră primită în prima zi lucrătoare ulterioară celei în care a fost trimisă.



18.4. Notificările depuse prin înmânare directă sunt valabile dacă au fost depuse la registratura unității Asiguratorului cu care Asiguratul/ Contractantul a încheiat Contractul de asigurare, iar în cazul Asiguratului, prin semnătură de primire.

18.5. Notificările verbale nu se iau în considerare de către niciuna dintre părți dacă nu sunt confirmate prin intermediul uneia dintre modalitățile prevăzute mai sus.

## **19. EMITEREA UNUI DUPLICAT AL POLIȚEI**

19.1. Asiguratorul va emite un duplicat al poliței dacă primește o declarație scrisă din partea Contractantului cu privire la cauza pierderii sau distrugerii poliței originale. După emiterea duplicatului, polița originală devine automat nulă.

## **20. CHELTUIELI, TAXE, IMPOZITE, DOBÂNZI**

20.1. Pentru orice servicii solicitate în mod specific de la Asigurator în afara obligațiilor prevăzute în prezentul contract, Contractantul sau, după caz, Asiguratul sau Beneficiarul va plăti o taxă, în suma specificată de autoritatea competentă din cadrul Asiguratorului.

20.2. Toate taxele, impozitele, comisioanele bancare și orice alte cheltuieli legate de plata primelor de asigurare sau primirea Indemnizațiilor de asigurare conform Contractului sunt suportate de către Asigurat/ Contractant/ Beneficiar, după caz. Toate Indemnizațiile de asigurare plătite de către Asigurator conform Contractului includ orice taxe sau cheltuieli aplicabile conform legii române, indiferent de tipul plății efectuate (indemnizație, valoare de răscumpărare, rambursare a primei etc) sau de beneficiarul unei astfel de plăți (Contractant, Asigurat, Beneficiar etc).

## **21. FONDUL DE GARANTARE**

În cazul deschiderii procedurii de faliment împotriva unui Asigurator, efectuarea plăților de indemnizații, despăgubiri rezultate din contractele de asigurare către Asigurați și Beneficiari ai asigurării, este garantată prin Fondul de Garantare, constituit în condițiile legii prin contribuția Asiguratorilor, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor, și are ca scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui Asigurator. Fondul de garantare este constituit, administrat și utilizat de către Fondul de Garantare a asiguraților, persoană juridică de drept public, ce asigură efectuarea plății indemnizațiilor/ despăgubirilor din disponibilitățile sale, către creditorii de asigurări, potrivit plafonului, stabilit prin Legea 213/ 2015”).

## **22. DISPOZIȚII FINALE**

22.1. Toate disputele care ar putea apărea în legătură cu Contractul de Asigurare vor fi supuse limitărilor impuse de legea română.

22.2. Părțile implicate în Contractul de asigurare, Asiguratorul, pe de o parte și Asiguratul, Contractantul, Beneficiarul, pe de altă parte, vor încerca soluționarea tuturor disputelor pe cale amiabilă. În acest scop, o plângere scrisă (inclusiv prin e-mail) va fi transmisă la sediul central al Asiguratorului sau va fi comunicată telefonic la sediul central al Asiguratorului. Asiguratorul va înregistra plângerea și va încerca să ofere o soluție care va fi comunicată în scris, telefonic sau prin e-mail către persoana care a formulat plângerea. Dacă reclamantul nu consideră răspunsurile și clarificările oferite de Asigurator drept satisfăcătoare, părțile pot conveni asupra organizării unei întâlniri pentru a face o nouă încercare de soluționare a plângerii. Disputele care nu au fost soluționate amiabil între părțile la Contractul de asigurare, vor intra sub jurisdicția instanțelor competente din România.

22.3 Contractul de asigurare este supus legislației române, în special dar fără a se limita la: Codul Civil, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare și legislația secundară emisă în aplicarea acesteia.

22.4 Aceste Condiții generale pentru Asigurarea mixtă de viață pot fi înlocuite și/sau modificate numai în modalitatea și urmând procedura specificată în legea română, după obținerea opiniei unui actuar certificat și cu informarea Autorității de Supraveghere Financiară. Părțile vor fi notificate cu privire la orice astfel de modificări în conformitate cu prevederile legale.

22.5. Aceste Condiții de asigurare intră în vigoare și vor fi aplicate de la data aprobării lor.

22.6. Raportul privind solvabilitatea și situația financiară a companiei poate fi accesat la adresa: <https://www.uniga.ro/despre-noi/despre-companie.html#tab-life>.

22.7. 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](http://www.salfin.ro).