



I. NOȚIUNI INTRODUCTIVE. DEFINIȚII

Contractul de asigurare este actul juridic încheiat între Contractantul asigurării și Asigurător, care reglementează drepturile și obligațiile lor reciproce și prin care Contractantul asigurării se obligă să plătească prima de asigurare la încheierea poliței de asigurare, iar Asigurătorul, în schimbul primei de asigurare achitate de către Contractant, la termenul și în condițiile stabilite în contract, își asumă preluarea riscurilor asigurate.

Polița de asigurare este înscrisul care atestă încheierea contractului de asigurare.

Asigurătorul este UNIQA Asigurări S.A., cu sediul social în Str. Nicolae Caramfil, nr. 25, Parter, Et 2-5, București, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului sub nr. J40/13092/2004, CUI 1813613, înmatriculată în Registrul Asigurătorilor sub nr. RA-007/2003, cod LEI 529900EHB3Z379SR41.

Contractantul este persoana fizică sau juridică care semnează Contractul de asigurare cu Asigurătorul și se obligă față de Asigurător să plătească prima de asigurare și să respecte obligațiile care îi revin prin Contractul de asigurare.

Asiguratul este persoana fizică nominalizată în Poliță, asigurată în baza contractului de asigurare pentru riscurile menționate în prezentele condiții de asigurare.

Evenimentul asigurat - producerea riscului asigurat care cauzează apariția unei daune (pagube).

Despăgubirea reprezintă suma datorată de Asigurător în cazul producerii evenimentului asigurat.

Durata asigurării reprezintă perioada de timp în care rămân valabile raporturile de asigurare dintre Contractantul asigurării și Asigurător, așa cum au fost ele stabilite în contractul de asigurare.

Prima de asigurare reprezintă suma datorată de Contractant/Asigurat pentru preluarea de către Asigurător a riscurilor asigurate.

Suma asigurată este valoarea maximă a despăgubirii stabilită în contractul de asigurare, pentru care Asigurătorul își asumă răspunderea, indiferent de numărul evenimentelor asigurate produse pe întreaga durată a asigurării.

Accident - eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare care nu poate fi prevăzut, produs în timpul perioadei de valabilitate a asigurării, independent de voința Asiguratului și care produce vătămări corporale, îmbolnăvirea sau decesul Asiguratului, periclitând continuarea normală a călătoriei.

Accident de muncă - vătămarea violentă a organismului, precum și intoxicația acută profesională, ce au loc în timpul îndeplinirii activităților profesionale, conform programului de lucru, stipulate în contractul de muncă și care provoacă incapacitate temporară de muncă de minim 3 zile, invaliditate sau deces.

Urgență medicală - alterarea gravă bruscă a funcțiilor vitale sau o afecțiune acută, care în absența acordării asistenței medicale imediate poate pune în pericol sănătatea/viața Asiguratului.

Boală/Afecțiune preexistentă - orice afecțiune diagnosticată, manifestată sau tratată anterior începerii călătoriei, indiferent de rezultatul tratamentului și care este menționată în istoricul medical al Asiguratului.

Repatriere medicală - transportul Asiguratului, efectuat în condiții medicale din străinătate la spitalul cel mai apropiat de domiciliul său, care poate oferi tratament adecvat sau la domiciliul Asiguratului, precum și transportul unui cadru medical însoțitor, în cazul în care acest lucru este recomandat de medic.

Repatriere în caz de deces - transportul în țara de domiciliu/rezidență a corpului neînsuflăit al Asiguratului, ca urmare a decesului în urma producerii unui eveniment asigurat în perioada de valabilitate a poliței.

Risc asigurat - eveniment viitor, brusc, posibil dar incert, pentru ale cărui urmări/consecințe se încheie contractul de asigurare.

II. PREVEDERI GENERALE

1. În baza poliței de asigurare încheiate conform prezentelor condiții de asigurare și în schimbul plății primei de asigurare, UNIQA Asigurări S.A. acoperă riscurile menționate în poliță și întâmplare Asiguratului în timpul călătoriei în străinătate, în limita sumelor asigurate prevăzute în Polița de asigurare.

2. Polița de asigurare se poate încheia pentru călătorii în **scop**:

a) **Turistic**;

b) **Business** - călătorii în interes de serviciu ce presupun participarea Asiguratului la ședințe, negocieri, conferințe, simpozioane, congrese, expoziții, seminarii, workshop-uri sau activități similare pentru care trebuie să existe o delegație de la locul de muncă și care nu presupun prestarea de muncă fizică sau a diverselor meserii.

c) **La lucru** – pentru călătorii în străinătate efectuate cu scopul de a presta activități legale remunerate, cu respectarea perioadei de ședere

în afara României și a reglementărilor legale în vigoare și/sau ale contractului de muncă semnat.

3. Asigurat poate fi orice cetățean român sau străin care are domiciliul sau rezidența în România și are vârsta minim 1 an și maxim de 64 ani împliniți la data încheierii asigurării.

4. Persoanele care la încheierea asigurării au împlinit vârsta de 65 ani, sau împlinesc 65 de ani pe durata călătoriei nu pot fi asigurate..

5. Asigurarea este valabilă în zona geografică menționată în polița de asigurare, în țara de destinație precum și pe teritoriul țărilor tranzitate.

6. Tratamentul medical de urgență necesar din punct de vedere medical, al Asiguratului ca urmare a unei boli sau consecințelor unui accident începe în ziua în care începe tratamentul medical și încetează atunci când după constatarea medicală necesitatea tratamentului nu mai există. Dacă tratamentul trebuie extins asupra unei boli sau urmări ale unui accident care nu are legătură de cauzalitate cu cele tratate anterior, atunci se consideră că a intervenit un nou eveniment asigurat. Evenimentul asigurat include și transportul în România (repatrierea) în scopul continuării tratamentului necesar din punct de vedere medical, respectiv în caz de deces al Asiguratului.

7. Prin **îmbolnăvire** se înțelege orice modificare organică sau funcțională a stării normale a organismului a unei persoane, ce întrunește cumulativ următoarele condiții:

a) boala a survenit în mod neașteptat și imprevizibil si nu apare în antecedentele patologice, anterior duratei de valabilitate a prezentei asigurării. Excepție de la această situație fac cazurile de acutizare a unor boli cronice care figurează în antecedentele patologice ale Asiguratului, și care implică **măsuri de urgență** pentru salvarea vieții Asiguratului sau măsuri ce urmăresc numai calmarea durerii acute, în limita a **1.000 EURO**.

b) este constatată și confirmată de un medic autorizat (prin medic autorizat se înțelege orice persoană posesoare a unei diplome valabile în medicină, cu drept de profesare în țara în care călătorește Asiguratul sau în țara tranzitată, cu excepția Asiguratului însuși și a rudelor sale de toate gradele precum și a persoanelor care însoțesc Asiguratul pe timpul călătoriei).

III. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE. PRIMA DE ASIGURARE

1. Contractul de asigurare se consideră încheiat când sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- a) plata integrală și anticipată a primei de asigurare;
- b) emiterea poliței de asigurare.

2. Polița de asigurare medicală pentru călătorii în străinătate se încheie obligatoriu pe teritoriul României și anterior începerii călătoriei în străinătate, prin prezentarea de către Asigurat a pașaportului sau a cărții de identitate pentru cazul în care deplasarea în străinătate este permisă pe baza acestui document, în original (excepție fac polițele încheiate pe site-ul online). Polițele încheiate după începerea călătoriei în străinătate sau din afara teritoriului României sunt considerate nule, cu excepția cazurilor menționate la art. 3 de mai jos.

3. Dacă la momentul încheierii asigurării, Asiguratul nu se află pe teritoriul României, răspunderea Asiguratorului începe după 5 zile de la data emiterii poliței și efectuării plății primei de asigurare. În cazul producerii unui eveniment asigurat trebuie să facă dovada că nu a părăsit teritoriul României cu mai mult de 30 de zile calendaristice înainte de data emiterii asigurării.

4. Pentru fiecare perioadă de călătorie în străinătate poate fi încheiată numai o singură poliță de Asigurare. În cazul în care Asiguratul are încheiate mai multe polițe de asigurare cu Asiguratorul pentru aceeași perioadă de asigurare, unele asigurate nu se însumează, iar în cazul producerii unui eveniment asigurat Asiguratorul va acorda o singură dată despăgubiri în baza poliței de asigurare cu suma cea mai mare, indiferent de numărul de polițe încheiate de Asigurat.

5. Primele de asigurare sunt calculate în funcție de numărul de zile de călătorie, acoperire teritorială și scopul călătoriei pentru care a optat în poliță și se vor calcula numai în lei.

6. Răspunderea Asiguratorului începe la data indicată în polița de asigurare (excepție fac polițele încheiate în condițiile art.3), ca fiind data începerii perioadei de asigurare, dar nu înainte de plata integrală a primei de asigurare și emiterea poliței de asigurare, și nici înainte ca Asiguratul să părăsească teritoriul României în vederea efectuării călătoriei pentru care s-a încheiat asigurarea. Asigurarea este valabilă pe perioada menționată în polița de asigurare indiferent de numărul de călătorii în afara granițelor României efectuate în respectivul interval de timp; pe timpul cât Asiguratul se află în România, asigurarea nu produce efecte.

7. Răspunderea Asiguratorului încetează la data menționată în polița de asigurare ca dată de expirare a perioadei de asigurare, sau anterior datei de expirare a perioadei de asigurare în momentul în care Asiguratul a reintrat pe teritoriul României, oricare din aceste momente se produce primul.

Dacă o boală sau un accident care survine în timpul deplasării în străinătate necesită spitalizare după data expirării perioadei de asigurare, astfel că Asiguratul este nevoit să rămână internat într-un spital în străinătate, obligația Asiguratorului de a acorda despăgubiri în baza contractului de asigurare se va extinde cu încă maxim 4 (patru) săptămâni, dacă Asiguratul aduce dovezi că starea sănătății sale nu a permis transportul la un spital din România sau la domiciliul său stabil din România.

8. Perioada minimă de asigurare este de 3 (trei) zile, iar perioada maximă de asigurare este de 365 zile. Pentru polițele cu o valabilitate mai mare de 180 de zile, acoperirea este limitată la maxim 180 de zile consecutive pentru fiecare călătorie efectuată în perioada de valabilitate, dacă nu există alte mențiuni la poliță. Pentru scopul "La lucru" acoperirea este valabilă pentru întreaga perioadă menționată în poliță, neîntrerupt.

9. Asiguratul/Contractantul are dreptul să solicite anularea poliței de asigurare și restituirea primei anterior începerii valabilității acesteia. În cazuri excepționale polița se poate anula și după începerea valabilității prin prezentarea de către Asigurat a unor dovezi clare că nu s-a mai efectuat călătoria, dar nu mai târziu de data expirării valabilității poliței.

Prima de asigurare sau diferența se restituie Asiguratului/Contractantului numai în cazurile în care nu s-au plătit sau nu se

datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a poliței.

10. Perioada de valabilitate a poliței se poate prelunge, numai cu acordul Asiguratorului, în cazuri excepționale, în baza unei solicitări în scris și cu încasarea unei prime suplimentare. Se pot prelunge doar polițe fără dosar de daună deschis și pentru maxim 30 de zile.

IV. RISCURI ASIGURATE

1. Asistență medicală în străinătate în caz de îmbolnăvire sau accident

1.1. UNIQA Asigurări S.A. suportă cheltuielile ocazionate de tratamentul medical necesar a fi efectuat pe timpul șederii temporare în străinătate, tratament medical care în condițiile prezentului contract de asigurare include:

a) **tratamentul ambulatoriu al pacientului**, ce cuprinde:

- medicamentele prescrise de un medic autorizat să practice această profesie de către autoritatea publică competentă din țara în care s-a produs evenimentul asigurat;
- materialele medicale ajutoare care fac parte din tratament, pentru membre fracturate sau răni (mulaje de gips, bandaje, pansamente sau cârje, prescrise de medic);
- diagnosticul radiografic și radiologic.

b) **tratamentul efectuat de Asigurat, în condiții de spitalizare**, în măsura în care acesta:

- are loc într-o instituție recunoscută, în mod general, drept spital în țara respectivă;
- se face sub supravegherea directă a unui medic având la dispoziția sa facilități suficiente de diagnosticare și terapie;
- se desfășoară numai conform metodelor recunoscute din punct de vedere științific și testate clinic în acea țară.

În acest scop trebuie folosit spitalul din localitatea în care se află persoana asigurată sau spitalul din localitatea cea mai apropiată, unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat.

c) **costurile transportului** efectuat de servicii de salvare autorizate pentru acordarea de asistență medicală de urgență, până la cel mai apropiat spital/unitate sanitară.

d) **cheltuieli cu transferul** la o clinică de specialitate, dacă acesta este necesar din punct de vedere medical și prescris de medic.

e) **intervenții chirurgicale în caz de urgență** și ca unică măsură pentru salvarea vieții în urma unui accident sau în cazul unei boli, care pun în pericol viața și dacă pacientul nu poate fi transportat în țara sa de reședință din motive medicale (inclusiv costurile legate de acestea). Excepție fac doar intervențiile chirurgicale stomatologice care se acoperă conform celor înscrise la lit. f).

f) **tratament dentar de urgență** în limita sumei de 650 euro/periodă asigurată necesar pentru calmarea directă a durerii și fără alegerea medicului, maxim 2 dinți și 325 EURO/dinte.

g) **repatrierea medicală sau în caz de deces** a Asiguratului;

Prin repatriere se înțelege transportul Asiguratului la domiciliul din România sau la un spital din România efectuat numai pe baza recomandării medicului curant în scopul continuării tratamentului necesar din punct de vedere medical în cazul alterării stării de sănătate a Asiguratului, ca urmare a unei boli sau unui accident, respectiv în caz de deces al Asiguratului.

g.1) Condiții necesare pentru repatrierea medicală a Asiguratului:

g.1.1) Să existe o alterare a stării de sănătate a Asiguratului și totodată Asiguratul să fie transportabil din punct de vedere medical;

g.1.2) Centrul de Asistență să fie informat în vederea adoptării măsurilor adecvate. Pe baza datelor comunicate referitoare la Asigurat, Centrul de Asistență contactează medicul curant și ia o hotărâre cu privire la efectuarea și la tipul transportului, conform criteriilor specificate mai sus. Hotărârea de transport al Asiguratului este luată de medicul/medicii curant/curanți și trebuie confirmată și de către medicul Centrului de Asistență.

g.1.3) În cazul repatrierii medicale, răspunderea Asiguratorului încetează în momentul preluării Asiguratului de o instituție de tratament din România sau odată ajuns la domiciliu. Totodată refuzul Asiguratului de a accepta repatrierea medicală atrage încetarea răspunderii Asiguratorului începând cu data la care aceasta ar fi putut fi efectuată.

g.2) În cazul decesului Asiguratului în perioada călătoriei în străinătate, cheltuielile pentru repatriere cuprind costurile necesar a fi efectuate în vederea transportului corpului neînsuflit în România, până la locul de înhumare, mai puțin costurile cu înmormântarea și înhumarea.

Nu sunt acoperite costurile cu repatrierea Asiguratului decedat care a călătorit cu scopul de a se supune unui tratament/intervenții chirurgicale pentru o afecțiune cronică/preexistentă, iar decesul a apărut ca o consecință a acestuia/eia.

Toate cheltuielile cu obținerea documentelor de constatare a decesului și de obținere a autorizației de repatriere, precum și cele de staționare/depozitare a corpului neînsuflit cad în sarcina rudelor Asiguratului

g.3) **Excluderi specifice:**

- în afară de excluderile generale de la Cap. VI, UNIQA Asigurări S.A. nu acoperă costurile cu repatrierea în România organizată fără aprobarea Centrului de Asistență sau fără o recomandare expresă din partea medicului curant care să recomande repatrierea medicală, deoarece Asiguratul nu poate efectua deplasarea în țară ca pasager normal sau fără escortă medicală.
- repatrierea Asiguratului decedat ca urmare a unor acte de terorism, război, revoluție, explozii sau emanații de căldură provenite din fisiunea nucleară sau din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice.
- repatrierea Asiguratului decedat într-un accident aviatic.

1.2. Sunt încadrate în categoria **accidente**: înec, ingerarea de alimente ce conțin materiale corozive, arsuri, opăririi, inhalare de gaze sau vapori, dislocări ale membrelor, întinderi și rupturi musculare ale tendoanelor, electrocutare.

1.3. Excluderi specifice:

Pe lângă excluderile menționate în art g.3 și la Cap. VI Excluderi Generale, UNIQA Asigurări S.A. nu datorează indemnizații pentru:

- a) boli cronice, afecțiuni preexistente, consecințele lor, existența unui handicap, urmări ale unor accidente cunoscute sau petrecute anterior începerii valabilității poliței, excepție fac situațiile care se încadrează în prevederile Cap.II, art 7, pct a;
- b) vaccinări impuse sau solicitate de autorități locale, cu excepția cazurilor în care s-a declanșat o epidemie/pandemie după intrarea Asiguratului pe teritoriul țării respective și vaccinarea reprezintă o situație de forță majoră;
- c) boli transmisibile ca urmare a atacului animalelor, cu excepția turbării;
- d) examinări și operații care pot fi amânate până la întoarcerea Asiguratului în România;
- e) cheltuieli cu tratamentul afecțiunilor neoplazice, medicina preventivă, tratamente și proceduri experimentale, precum și reveniri și convalescențe ale unor afecțiuni în curs de tratament și care au făcut obiectul unui dosar de daună;
- f) medicamente și tratamente prescrise anterior începerii călătoriei și care trebuie administrate pe durata deplasării;
- g) cheltuieli de natură non-medicală, precum cazare în condiții speciale, telefon, televizor etc;
- h) cheltuieli medicale efectuate când scopul deplasării îl constituie supunerea la un tratament sau efectuarea unei consultații medicale de specialitate;
- i) cheltuieli medicale apărute atunci când se efectuează o călătorie, neținându-se seama de recomandarea unui medic practician cu licență de practicare a profesiei, care nu recomandă efectuarea acesteia;
- j) cheltuieli cu tratamente neverificate prin raport medical;
- k) evenimente petrecute în țări în care s-a declanșat apariția unei epidemii înainte de intrarea Asiguratului în țara respectivă;
- l) accident soldat cu vătămări corporale/decesul Asiguratului care s-a produs în urma conducerii de către Asigurat a unui autovehicul încadrat într-o categorie pentru care nu avea permis de conducere.

2. Deplasarea unei rude/cunoscut în cazul unei urgențe medicale

Dacă în perioada de valabilitate a poliței, Asiguratul suferă un accident sau o îmbolnăvire, Asigurătorul va plăti costurile de transport dus-întors prima clasă în cazul călătoriei cu trenul sau la clasa economy/tourist în cazul călătoriei cu avionul și cazare pe timp de noapte pentru o rudă/cunoscut menționat de Asigurat pentru a se deplasa spre locația unde se află acesta, pe perioada cât Asiguratul va rămâne internat în unitatea medicală.

Limita maximă de despăgubire pentru aceste cheltuieli este de 2000 euro/periodă asigurată.

3. Costuri hoteliere

Dacă pe perioada călătoriei, Asiguratul suferă un accident sau o îmbolnăvire, iar medicul curant îi recomandă o perioadă de convalescență până la momentul în care Asiguratul poate fi repatriat medical sau se poate întoarce pe cont propriu în țară, Asigurătorul va acoperi costurile cu cazarea în limita sumei de 1500 euro/pers/perioda asigurată, pe durata cât acesta va rămâne în convalescență.

3.1. Excluderi specifice: costuri suplimentare de cazare efectuate de Asigurat în condițiile în care medicul curant confirmă disponibilitatea Asiguratului de a călători sau de a fi repatriat medical.

4. Întârziere zbor mai mult de 12 ore

Se acoperă în limita sumei de 500 euro/pers/periodă asigurată, cheltuielile suplimentare pentru cazare, achiziționare de produse de primă necesitate, alimente, transferul de la și înapoi la aeroport sau eventualele costuri suplimentare pentru reprogramarea zborului de legătură, justificate prin chitanțe, bonuri de casă, facturi în original sau alte documente primite de la furnizorii externi. Perioada întârzierii se calculează din momentul programat al plecării, așa cum apare pe biletul de călătorie/în itinerariile de călătorie.

4.1. Riscuri acoperite:

Întârzierea unui zbor cu mai mult de 12 ore față de durata programată a zborului și/sau pierderea zborului de legătură rezultat din întârzierea primului zbor, ca urmare a:

- Condițiilor meteo nefavorabile;
- Defecțiunilor tehnice ale mijlocului de transport;
- Greve, Răscoale, Tulburări civile survenite după emiterea poliței de asigurare.

4.2 Excluderi specifice:

- Plăți pentru primele 12 ore de întârziere;
- Lipsa documentelor justificative care să ateste plata de către Asigurat a costurilor acoperite prin prezenta poliță;
- Întârzieri cauzate de suspendarea sau anularea de către autoritățile guvernamentale a serviciului respectiv;
- Întârzieri cauzate de incapacitatea Asiguratului de a aloca un interval de timp rezonabil pentru a ajunge la locul de plecare în timp util;
- Imposibilitatea îndeplinirii obligațiilor contractuale în timp ale transportatorului aerian/agentul acestuia datorită forței majore.

Prin forță majoră se înțelege orice eveniment pe care transportatorul/agentul acestuia nu îl putea prevedea sau evita cu toate măsurile de precauție luate. Astfel de evenimente includ, dar nu se rezumă la: războaie sau amenințări de război, revoluții, greve, activități teroriste în desfășurare sau iminente, conflicte industriale, dezastre naturale (inundație, cutremur) sau nucleare,

condiții de vreme neprielnice, incendii, epidemii, embargou, restricții de carantină sau orice alte evenimente ce nu pot fi controlate de transportator/agentul acestuia.

5. Întârziere bagaj mai mult de 6/12 ore

Se despăgubesc costuri de achiziție pentru bunuri de primă necesitate efectuate ca urmare a întârzierii bagajului, numai în baza unor documente justificative (chitanțe, bonuri de casă semnate și stampilate, facturi în original) și numai după primirea unui raport scris din partea companiei de transport care să certifice întârzierea bagajelor înregistrate și numărul de ore de întârziere. Limita maximă de despăgubire pentru acest risc este de 100 euro/pers/periodă asigurată pentru întârziere mai mare de 6 ore și 500 euro/pers/periodă asigurată pentru întârziere mai mare de 12 ore.

5.1. Excluderi specifice:

- Nu se acordă despăgubiri pentru primele 6 ore de întârziere;
- Întârzieri produse de imposibilitatea transportatorului de a-și îndeplini obligațiile contractuale în timp datorită cazurilor de forță majoră;
- Zboruri charter neînregistrate în sistemul internațional de date;
- Bagaje confiscate de autoritatea vamală sau de orice autoritate guvernamentală;
- Întârzieri datorate retragerii mijlocului de transport public din serviciu de către autoritatea de aviație civilă prin anunț anterior începerii călătoriei;
- Întârzieri produse pe teritoriul României considerându-se că Asiguratul este în localitatea de domiciliu;
- Lipsa documentelor justificative care să ateste plata costurilor acoperite prin prezenta poliță de către Asigurat.

6. Bagaje pierdute

Se acoperă pierderea bagajelor înregistrate (bagajul aflat în custodia transportatorului aerian în perioada de timp dintre predarea și ridicarea bagajului la și de la compania de transport, pe durata călătoriei).

Asiguratul poate beneficia de indemnizații pentru pierderea bagajului în cazul în care nu îl recuperează și compania aeriană îl declară oficial pierdut în limita sumei maxime asigurate de 500 euro/pers/periodă asigurată, maxim 2 bagaje, 250 euro/bagaj. În cazul în care bagajul este predat cu întârziere Asiguratului se vor aplica prevederile de la art. 5. "Întârziere bagaje mai mult de 6/12 ore".

În cazul producerii evenimentului asigurat, Asiguratul are obligația de a notifica imediat biroul de pierdere bagaje al transportatorului și Asigurătorul/Centrul de Asistență nu mai târziu de 48 de ore de la producerea evenimentului sau 3 zile lucrătoare de la întoarcerea în țară.

6.1. Excluderi specifice:

- Bagaje care nu sunt transportate cu același zbor cu Asiguratul sau care nu sunt proprietatea acestuia;
- Distrugere sau deteriorare din cauza uzurii, moliilor sau paraziților;
- Pierderi și daune produse cu intenție, din culpa/neglijența Asiguratului. Nu se acoperă obiecte fragile și deteriorabile, bani lichizi, monede de orice natură (colecții cu valoare numismatică), cecuri, titluri și obligațiuni de orice fel, acte, bilete de călătorie, colecții de timbre, bijuterii, obiecte prețioase, valori mobiliare, cupoane de benzină sau de alt gen, unicate, manuscrise de valoare etc;
- Pierderea sau deteriorarea echipamentului sportiv, componentelor de calculator, aparatelor foto, camerelor video, aparatelor radio sau portabilelor;
- Bagaje expediate cu scrisori de transport aerian sau scrisoare de trăsură;
- Pierderile care nu sunt anunțate fie la autoritatea de poliție respectivă, fie societății de transport în decurs de 24 de ore de la constatare;
- Lentile de contact, ochelari, aparate acustice sau punți dentare;
- Furtul de orice fel sau al unor obiecte din bagaje;
- Sunt excluse pierderi și daune produse pe teritoriul României;

Cererea de despăgubire va fi însoțită obligatoriu de:

- Declarație de eveniment completată de Asigurat;
- Formularul completat de biroul de reclamații bagaje al aeroportului de destinație;
- Biletul de avion și tichetul de predare al bagajelor implicate în evenimentul asigurat;
- Înștiințare scrisă de la compania aeriană că a încetat să mai caute bagajul și îl consideră definitiv pierdut.

7. Răspundere civilă în străinătate

Se asigură cheltuieli de judecată și cheltuieli care decurg din răspunderea civilă a acestuia ca urmare a:

- Vătămării corporale sau decesului, produse în mod accidental, a unui terț care nu este membru al familiei asiguratului, însoțitor pe parcursul călătoriei sau angajat al acestuia;
- Prejudicii materiale rezultate din distrugerea oricărui tip de proprietate ce nu aparține, nu este în responsabilitatea sau controlul Asiguratului, al membrilor familiei, însoțitorilor sau angajaților acestuia.

Limita maximă de despăgubire este de 5000 euro/eveniment asigurat și agregat pe întreaga perioadă de asigurare.

Persoana asigurată va notifica în maxim 48 de ore Asigurătorul despre orice eveniment care ar putea determina răspunderea acestuia așa cum este descrisă în această secțiune și va oferi detaliile și informațiile solicitate. De asemenea va înainta Asigurătorului imediat ce va primi orice citație, scrisoare, somație, proces intentat și va comunica în scris Asigurătorului în termen de 48 de ore dacă are cunoștință de vreo condamnare iminentă, anchetă sau investigație legată de numitul eveniment.

Asigurătorul are dreptul să preia rezolvarea oricărei plângeri și să acționeze în justiție pe propria cheltuială și în beneficiul său orice cerere de compensare sau despăgubire indiferent de reclamant. Asiguratul va acorda toate informațiile și asistența solicitate.

Asigurătorul va fi exonerat de orice răspundere civilă viitoare față de terți vătămați, născută în sarcina Asiguratului în legătură cu evenimentele din această secțiune.

Nu se acceptă oferte, promisiuni sau plăți către terți fără acordul prealabil al Asigurătorului.

7.1 Excluderi specifice:

- Răspunderea față de membrii familiei Asiguratului;
- Daune provocate de Asigurat membrilor familiei sau angajaților săi;
- Răspunderea asumată de Asigurat printr-un contract;
- Răspunderea pentru care Asiguratul este despăgubit prin orice altă poliță de asigurare;
- Obligațiile de plată față de terți rezultate în urma utilizării de vehicule, aparate de zbor sau marine, sau a oricărui bun aflat în proprietatea Asiguratului, precum și în grija sau custodia sa;
- Daune provocate cu intenție din culpa sau neglijența gravă a Asiguratului;
- Daune morale, amenzi impuse de instanțele judecătorești sau alte organisme autorizate/competente, penalități, despăgubiri cu caracter punitiv;
- Deținere sau utilizare de arme de foc;
- Cazul în care Asiguratul exercită o activitate periculoasă legată de orice afacere, comerț sau profesie.

8. Pierderea documentelor de călătorie

Se acoperă cheltuielile necesare refacerii documentelor de călătorie pentru situațiile în care, pe perioada călătoriei, Asiguratul reclamă pierderea documentelor de călătorie - buletin, carte de identitate, pașaport, certificat de înmatriculare al mașinii personale, carnet de conducere ca urmare al furtului/furtului prin tâlhărie a acestora.

Răspunderea maximă a Asigurătorului pentru astfel de evenimente este de 500 euro/periodă asigurată.

Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, numai pentru evenimentele asigurate și notificate Centrului de Asistență în termen de maxim 48 de ore de la data producerii evenimentului asigurat și în baza documentelor originale primite de la autoritățile locale.

Asigurătorul are dreptul de a reduce în parte sau în totalitate valoarea indemnizației de asigurare dacă notificarea nu este făcută în termenul de 48 de ore.

8.1. Excluderi specifice:

- Neglijența gravă a Asiguratului în a-și proteja documentele împotriva pierderii, distrugerii sau furtului;
- Pierderea documentelor de călătorie lăsate nesupravegheate în orice moment (inclusiv într-un vehicul sau în custodia transportatorilor), cu excepția depozitării într-o cutie de depozit sau seif în condiții de siguranță în hotel;
- Pierderea documentelor de călătorie lăsate nesupravegheate într-un loc în care publicul larg are acces sau lăsate în custodia unei persoane care nu are responsabilitate oficială pentru păstrarea în siguranță a proprietății Asiguratului;
- Pierderea documentelor de călătorie dacă Asiguratul nu a respectat condițiile emitentului sau în cazul în care emitentul oferă un serviciu de înlocuire;
- Documente furate dintr-un vehicul când nu există o dovadă concludentă daunei intrării cu forța și într-un mod violent în vehicul (fără efracție);
- Pierderea sau deteriorarea documentelor rezultată din întârzierea, confiscarea sau reținerea de către autoritățile vamale sau alți oficiali;
- În cazul în care Asiguratul nu anunță autoritățile locale în termen de 24 de ore de la constatarea pierderii documentelor și nu obține un raport scris din partea acestora.

V. LIMITELE TERITORIALE. SUME ASIGURATE.

1. Răspunderea maximă a Asigurătorului pentru perioada prevăzută în polița de asigurare este, în funcție de planul de asigurare ales și de prima de asigurare achitată:

Plan A - Europa

- Acoperire teritorială: țările care sunt din punct de vedere geografic în Europa (inclusiv părțile asiatice ale Turciei și Rusiei)
- Suma maximă asigurată: 50.000 EUR

Plan B - Întreaga Lume (fără SUA & Canada)

- Acoperire teritorială: toate țările din lume mai puțin SUA și Canada
- Suma maximă asigurată: 50.000 EUR

Plan C - Întreaga Lume

- Acoperire teritorială: toate țările din lume, inclusiv SUA și Canada
- Suma maximă asigurată: 50.000 EUR

Plan D - La Lucru

- Acoperire teritorială: Europa
- Suma maximă asigurată: 30.000 EUR

2. Asigurarea nu este valabilă în țările în care Asiguratul își are domiciliul stabil, reședința sau al căror cetățean este.

3. Asigurarea nu este valabilă în: Siria, Liban, Iran, Irak, Afganistan.

VI. EXCLUDERI GENERALE

Pe lângă excluderile menționate în Cap. III, pct g.3 și art.1.3, 3.1, 4.2, 5.1, 6.1, 7.1, 8.1, UNIQA Asigurări S.A. nu acoperă riscurile cauzate direct sau indirect de:

1. Evenimente care au legătură directă sau indirectă cu război, invazie, acțiune a unui dușman extern, ostilități (indiferent dacă a fost declarată stare de război sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, conspirație, insurecție, răscoală, răzvrătire militară cu sau fără uzurparea puterii, lege marțială, acte ale persoanelor răuvoitoare care acționează în numele sau în legătură cu orice organizație politică, acte de vandalism și alte evenimente care s-au produs în țări pentru care au fost publicate alerte de călătorie de către Ministerul de Externe sau Organizația Mondială a Sănătății cu privire la anumiți factori de risc;
2. Evenimente care au legătură directă sau indirectă cu acte de terorism, sabotaj. Această asigurare nu acoperă daune, pierderi, costuri sau cheltuieli de orice natură cauzate direct sau indirect, rezultând din, întâmplate prin, derivate din sau în conexiune cu orice act de terorism, indiferent de orice altă cauză care contribuie direct sau indirect la respectiva daună, pierdere, cost sau cheltuielă;
3. Evenimente care au legătură directă sau indirectă cu reacție/radiație nucleară, contaminare/poluare radioactivă, orice fel de contaminare/poluare;
4. Evenimente care au legătură directă sau indirectă cu participarea Asiguratului la serviciul militar în orice țară sau autoritate internațională, inclusiv în perioade de pace;
5. Automutilare, intenție de sinucidere sau sinucidere;
6. Boli sau accidente pe care persoana asigurată le-a provocat intenționat sau prin comiterea unei infracțiuni, sau ca rezultat al consumului de alcool, droguri, abuzului de medicamente, folosirea substanțelor stupefiante sau halucinogene precum și pentru urmările oricărui tratament care nu a fost prescris de către un medic autorizat;
7. Comiterea sau încercarea de a comite cu intenție de către Asigurat a unor fapte penale;
8. Îndepărtarea defectelor fizice sau anomaliilor/malformațiilor (ex.: operație estetică, inclusiv consecințe ale acesteia, tratamente cosmetice);
9. Cheltuielile legate de cura de odihnă sau recuperare în stațiuni de odihnă sau balneo-climaterice, sanatorii, case de convalescență, stabilimente de dezintoxicare sau instituții similare;
10. Cheltuielile legate de orice fel de tulburări/afecțiuni psihoemoționale: Tulburările/Afecțiunile psihoemoționale sunt grupuri de simptome și/sau semne clinice (ex.: palpitații, vertij, cefalee, greață, dureri epigastrice sau abdominale joase, transpirații profuze, înțepături precordiale, inapetența sau bulimie, diaree, etc.) care au ca sursă stări emoționale manifeste sau neconstientizate de pacient precum suprasolicitările sau stresul;
11. Controlul și tratamentul sarcinii, întreruperi de sarcină, nașteri premature, intervenții legate de fertilitate/sterilitate, pentru graviditate, nașterea copilului și consecințele acestora. Totuși, în cazul unor complicații acute survenite în timpul gravidității, UNIQA Asigurări S.A. va acorda despăgubiri ținând cont de prevederile prezentelor condiții, numai pentru cheltuielile în legătură cu măsurile medicale întreprinse în scopul salvării vieții mamei și/sau copilului, cu condiția ca sarcina să nu fi depășit 30 de săptămâni și femeia însărcinată să nu fi împlinit vârsta de 38 ani;
12. Tratamentul medical al suferințelor tipice perioadei de graviditate și consecințele acestora, inclusiv modificări în evoluția unor boli cronice, ca rezultat al gravidității;
13. Cheltuieli medicale în legătură cu diagnosticarea și/sau tratamentul cancerului, al bolilor cu transmitere sexuală, infectarea cu HIV, SIDA și consecințele acestora;
14. Îngrijirile acordate de un medic homeopat, de un medic naturist sau de o persoană care nu este autorizată să practice meseria de medic de către autoritatea publică competentă din țara în care s-a produs evenimentul asigurat;
15. Refacere și fizioterapie sau pentru execuția, repararea și întreținerea protezelor/ortezelor medicale;
16. Tratamentele oftalmologice (cu excepția celor care sunt consecința directă a unui risc asigurat), pentru ochelari, lentile de contact;
17. Tratamente stomatologice sau protetice, ortodonție, parodontoză, detartraj, implanturi dentare, proteze stomatologice, coroane/punți dentare, cosmetică dentară sau orice altă intervenție ce nu este considerată a fi urgență medicală;
18. Boli sau accidente cauzate de zborul Asiguratului cu un avion care nu aparține unei companii aeriene înregistrate și care să posede autorizațiile legale pentru a putea transporta pasageri plători de bilete pe rute publicate și efectiv zburate într-un regim de regularitate sau de utilizarea de către Asigurat a unui vehicul aerian fără motor (ex: planor, delta-plan, parașută, etc.), ca și orice alt fel de activitate în aer a Asiguratului, cu excepția calității de pasager într-un zbor regulat al unei companii aeriene;
19. Evenimente produse:
 - 19.1. prin participarea Asiguratului la activități cu un înalt grad de pericolozitate, cum sunt, dar fără a se limita la: patinaj, alpinism, parașutism, bobsleigh, imersiunea cu autorespiratoare, schi, schi acrobatic, sărituri cu schiurile, skeleton, speologie, jet skiing, surfing, snowboarding, deltaplan, parapantă, parasailing, planorism, aeronautică, vânătoare, cu excepția cazurilor în care se achiziționează Clauza Sporturi Extreme;

- 19.2. în timpul conducerii sau deplasării cu motociclete, motorete, scuter, ATV, vehicule aeriene fără motor (ex. planor), când Asiguratul participă la competiții de sporturi cu motor (calificări sau raliuri), cursuri de conducere;
- 19.3. prin participarea Asiguratului în calitate de sportiv profesionist sau amator la concursuri sportive și la antrenamentele oficiale pentru asemenea evenimente;
20. Evenimente produse în timpul desfășurării unor activități sportive care nu corespund scopului călătoriei, conform celor menționate în polița de asigurare, precum și unor activități care presupun muncă fizică sau intelectuală/prestarea diferitelor meserii sau profesii (excepție fac în acest caz polițele încheiate cu scop "La lucru");
21. Evenimente produse prin nerespectarea de către Asigurat, în calitate de conducător auto, a reglementărilor internaționale privind circulația pe drumurile publice;
22. Daune rezultate din răspunderea civilă a Asiguratului, pentru daune cauzate bunurilor proprietatea Asiguratului;
23. Cheltuieli de repatriere pentru care nu există acordul prealabil al Asigurătorului, precum și cheltuielile medicale angajate după data la care, deși posibilă, repatrierea medicală nu s-a efectuat ca urmare a unei decizii a Asiguratului;
24. Orice alte cheltuieli care nu sunt acoperite conform prezentelor condiții de asigurare.

VII. PROCEDURA ÎN CAZ DE DAUNĂ

În cazul producerii unui eveniment asigurat, Asiguratul este obligat:

1. Să ia toate măsurile posibile pentru a limita daunele atât în momentul producerii evenimentului asigurat, cât și ulterior pentru a evita majorarea daunelor deja produse.
2. Să anunțe telefonic sau în scris în cel mai scurt timp, Centrul de Asistență despre producerea evenimentului și să urmeze instrucțiunile primite. În cazul în care Asiguratul nu are posibilitatea să contacteze de urgență Centrul de Asistență înainte de a consulta un medic sau de a merge la un spital, el va contacta Centrul de Asistență de îndată ce este posibil.
3. Să nu efectueze cheltuieli pentru servicii medicale și/sau repatriere medicală/în caz de deces fără acordul Centrului de Asistență.
4. Să pună la dispoziția Asigurătorului toate documentele solicitate în original sau copie (după caz) ce stau la baza cererii de despăgubire (facturi, rețete, chitanțe, bonuri de casă, rapoarte de la Poliție sau alte organisme abilitate/compania de transport etc).
5. Toate informările și solicitările către Asigurător să fie făcute în scris.
6. Pretențiile de despăgubire trebuie prezentate Asigurătorului cel târziu în termen de 60 de zile de la terminarea tratamentului sau transportului la domiciliul stabil, sau în cazul decesului, după transportarea corpului neînsuflețit/înmormântare. În cazul în care cererile nu vor fi depuse în acest termen, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata despăgubirii. Cererea trebuie să fie însoțită de toate documentele justificative prevăzute în prezentele condiții.
7. Asiguratul (sau persoana care prezintă polița de asigurare în cazul în care persoana asigurată a decedat) trebuie să furnizeze Asigurătorului, la cerere, toate informațiile necesare stabilirii cauzelor și împrejurărilor producerii evenimentului asigurat, precum și a cuantumului despăgubirii. De asemenea, la cererea expresă a Asigurătorului, trebuie prezentate documente justificative cu privire la data reală când a început călătoria în străinătate (copia pașaportului, bilete de călătorie etc).
8. La solicitarea Asigurătorului, Asiguratul și deținătorul poliței de asigurare trebuie să autorizeze Asigurătorul să obțină toate informațiile considerate necesare, de la terțe persoane (medici, instituții medicale de orice fel, comisionari, case de sănătate sau de pensii) și să exonereze aceste terțe persoane de răspunderea referitoare la confidențialitate și respectarea secretului profesional.
9. În caz de neîndeplinire a obligațiilor prevăzute la pct. 1-8, UNIQA Asigurări S.A. are dreptul să refuze plata despăgubirii.

Societatea care oferă asistență - APRIL Broker de Asigurare Reasigurare SRL, membru al Grupului APRIL, cu sediul în București, sector 4, B-dul Regina Maria 36-38, CUI 13668533, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/927/30.01.2001. Datele de contact ale acestora sunt: **tel. 021.201.90.46**, email: **asistentauniqa@ro.april.com**

VIII. STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR

1. UNIQA Asigurări S.A. va plăti despăgubiri în baza poliței de asigurare dacă, pe lângă dovada existenței acesteia, vor fi prezentate documentele justificative cu privire la riscul asigurat și acolo unde este cazul cheltuielile suportate de Asigurat din surse proprii.

În cazul producerii oricărui eveniment asigurat, Asiguratul are obligația să furnizeze următoarele documente:

- cerere de despăgubire ce va conține detalii cu privire la producerea evenimentului asigurat;
- polița;
- act de identitate (copie);
- documente medicale în copie care să certifice diagnosticul stabilit și tratamentul recomandat, bilete de internare/externare, fișa medicală, facturi, chitanțe privind cheltuielile medicale și/sau de repatriere, rețeta eliberată de medicul curant și bonul fiscal de la farmacie ștampilat; în cazul tratamentului dentar documentele medicale/factura trebuie să conțină informații cu privire la dinții tratați și tratamentul aplicat;
- certificat de deces (copie legalizată), documente care să ateste cauza decesului și locul în cazul repatrierii trupului neînsuflețit al Asiguratului;
- rapoarte ale organelor abilitate (Poliție, Pompieri, compania de transport) în cazul producerii unui accident, întârzierii sau pierderii bagajului/documentelor, precum și documente justificative care să ateste cheltuielile efectuate de

Asigurat și cuantumul acestora;

- declarații ale martorilor cu privire la producerea unui prejudiciu, copii ale rapoartelor organelor abilitate care au investigat producerea prejudiciului, facturi, chitanțe în cazul evenimentelor asigurate neacoperite conform riscului de răspundere civilă în străinătate;
- orice alt document solicitat de UNIQA Asigurări S.A., necesar în completarea și soluționarea dosarului de daună.

Plata despăgubirilor se va face doar în baza documentelor de plată depuse la dosar în original.

Documentele justificative cu privire la cheltuieli efectuate, emise într-o limbă străină vor fi însoțite de o traducere autorizată, costul acestora fiind în sarcina Asiguratului. În cazul în care Asigurătorul suportă aceste cheltuieli ele se vor deduce din despăgubirea cuvenită.

2. Plata despăgubirilor se face astfel:

- a) În cazul în care Asiguratul folosește polița pe durata călătoriei se urmează procedura prezentată la Cap. VII, de mai sus, cheltuielile nu trebuie să fie achitate de persoana asigurată, ci vor fi achitate direct de **April Broker de Asigurare-Reasigurare**, în numele Asigurătorului.
Persoana asigurată exonerează medicii și spitalele contactați de agenți autorizați ai Asigurătorului de răspunderea referitoare la confidențialitate și respectarea secretului profesional.
- b) În cazul în care nu se urmează procedura prezentată la Cap. VII, este necesar să se comunice Asigurătorului motivul nerespectării ei. Asigurătorul va rambursa Asiguratului cheltuielile suportate din surse proprii, după analiza documentelor depuse și stabilirea răspunderii ce îi revine în baza contractului de asigurare încheiat.
- c) În cazul în care Asiguratul suportă parțial sau în totalitate din surse proprii cheltuielile apărute, doar după notificarea evenimentului și analizarea documentelor medicale și de plată, acestea vor fi compensate la întoarcerea în România în baza dosarului de daună întocmit.

Despăgubirea se plătește în lei, la cursul de referință al Băncii Naționale a României calculat la data efectuării plății, într-un cont bancar menționat de Asigurat în cererea de despăgubire, deschis la o bancă de pe teritoriul României.

3. Asigurătorul are obligația să soluționeze dosarul de daună și să transmită răspunsul/efectueze plata despăgubirii către Asigurat în termen de maxim 30 de zile de la data depunerii ultimului document necesar finalizării dosarului.

4. În cazul în care se ridică o pretenție de despăgubire pentru rambursarea cheltuielilor de transport al corpului neînsuflit din străinătate la domiciliul deținut în timpul vieții sau pentru înmormantarea la locul decesului, trebuie prezentate certificatul medical constatator al decesului și declarația medicului cu privire la cauza decesului precum și raportul de necropsie – dacă este cazul.

5. În cazul în care se ridică o pretenție de despăgubire pentru repatrierea Asiguratului la domiciliul stabil sau la un spital din România, transportul trebuie organizat de către Centrul de Asistență pe baza recomandării scrise a medicului curant și a documentelor medicale din care să reiasă diagnosticul și necesitatea, din punct de vedere medical, a efectuării transportului. Asigurătorul nu va lua în considerație declarațiile medicale făcute de rude sau de soțul/soția celui în cauză.

6. După plata despăgubirii, orice pretenții ulterioare ridicate de terțe persoane nu sunt opozabile Asigurătorului.

IX. PROTECȚIA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

1. UNIQA Asigurari SA colecteaza si prelucreaza date cu caracter personal in scopul prestarii de servicii de asigurare (cum ar fi, dar fara a se limita la: incheierea si administrarea contractului de asigurare si instrumentarea dosarelor de daune, temeiul prelucrării fiind executarea contractului si indeplinirea de obligatii bazate pe dispozitii legale exprese, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date ("GDPR") și de abrogare a Directivei 95/46/CE, precum si conform Legii nr. 190 din 18 iulie 2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679. Datele personale ale Asiguratului/Contractantului/Benediciarului Asigurării sunt prelucrate în vederea emiterii și administrării contractului de asigurare, verificării cererii de despăgubire în cazul producerii evenimentului asigurat, realizării activității de reasigurare și de analiză a portofoliului de clienți (această enumerare fiind exemplificativă și nu limitativă).

2. Persoanele vizate beneficiaza de dreptul de informare, dreptul de acces la date, dreptul de rectificarea a datelor, dreptul la opoziție, dreptul la stergerea datelor (*dreptul de a fi uitat*), dreptul la restrictionarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor,

3. Persoanele vizate pot sesiza orice incalcare a drepturilor sale Asigurătorului, la adresa de e-mail dpo@uniqa.ro sau Autoritatii Nationale de Supraveghere si Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.

Detalii suplimentare despre prelucrarea datelor cu caracter personal se regasesc in *Informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal*, document ce este pus la dispozitia persoanelor vizate, precum si consultand pagina web a UNIQA Asigurari SA – www.uniqa.ro, sectiunea *Despre noi - Protectia Datelor*

X. NOTIFICĂRI/COMUNICĂRI

1. Părțile stabilesc și acceptă în mod expres ca orice comunicare în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea Contractului de asigurare se poate face atât printr-o notificare cât și prin modalități de comunicare la distanță, prin poșta electronică sau telefon prin serviciul specializat al UNIQA Asigurări S.A. Orice notificare pe cale poștală se va face prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire la adresa unității Asigurătorului cu care Asiguratul a încheiat Contractul de asigurare, iar în cazul Asiguratului la adresa prevăzută în Contractul de asigurare, sau la ultima adresă comunicată de Asigurat și se consideră

primită de destinatar la data menționată pe confirmare de oficiul poștal primitor.

În cazul în care Asiguratul nu comunică noua adresă de corespondență, orice notificare trimisă la adresa prevăzută în Contractul de asigurare se consideră ca fiind perfect valabilă.

În situația în care notificarea se transmite prin fax, aceasta se consideră primită în prima zi lucrătoare ulterioară celei în care a fost expediată.

2. Comunicările verbale nu se iau în considerare de către niciuna dintre părți dacă nu sunt confirmate prin transmiterea unei notificări sau prin emiterea unui act adițional, după caz.

XI. DISPOZIȚII FINALE

1. 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.

2. Orice diferend decurgând din/sau în legătură cu Contractul de asigurare, inclusiv referitor la validitatea, interpretarea, executarea ori încetarea acestuia, se va soluționa de părți pe cale amiabilă. Dacă o astfel de soluționare pe cale amiabilă nu mai este posibilă, litigiul dintre părți se va soluționa potrivit legii române, de către instanțele judecătorești competente din București.

3. 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.

4. Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile primelor de asigurare care sunt în sarcina Asiguratului în conformitate cu reglementările legale în domeniu, vor fi achitate de acesta.

5. În conformitate cu prevederile Legii nr.227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, 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 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.

6. Condițiile de asigurare, polița, anexa, oferta și orice alt document semnat sau acceptat prin mijloace online de către Asigurat, la solicitarea Asiguratorului, precum și totalitatea documentelor emise pe suport de hârtie sau electronic ce au legatură cu prezenta asigurare, fac parte integrantă din Contractul de asigurare.

7. Contractul de asigurare se poate modifica pe durata executării sale numai cu acordul comun al părților și numai în formă scrisă prin emiterea de anexe și acte adiționale.

8. Contractul de asigurare/polița de asigurare se încheie pe teritoriul României și se supune legislației din România, Legii 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Codului Civil, precum și tuturor legilor, normelor și dispozițiilor în vigoare.

9. Plata primelor de asigurare poate fi efectuată prin orice modalitate agreată de Asigurător, aceasta fiind exclusiv responsabilitatea Contractantului/Asiguratului și toate taxele și comisioanele ce decurg din aceasta cad în sarcina lui.

10. Asiguratorul nu datorează indemnizația de asigurare în cazul în care:

10.1. polița a fost emisă sau plata primei de asigurare a fost efectuată după părăsirea de către Asigurat a teritoriului României, excepție fac polițele emise conform Cap. III, art.3.

10.2. cererea de despăgubire este frauduloasă sau are la bază declarații false. În acest caz Contractul de asigurare încheiat va fi reziliat de plin drept și fără nicio notificare, iar Asiguratorul va refuza plata despăgubirii, fără restituirea primei de asigurare.

11. Dreptul de a ridica pretenții față de Asigurător cu privire la plata unor despăgubiri se pierde dacă timp de doi ani de la data producerii evenimentului asigurat acestea nu au fost solicitate.

12. În măsura în care Asiguratul primește compensații pentru cheltuielile pe care le-a efectuat, de la terțe persoane răspunzătoare pentru paguba produsă, sau ca rezultat al oricăror alte împrejurări legale, UNIQA Asigurări S.A. are dreptul să scadă din despăgubirea cuvenită în baza acestei asigurări, aceste compensații.

13. Dreptul la despăgubire în baza prezentului contract de asigurare nu poate fi cesionat, nici transferat de Asigurat.

14. În caz de eveniment asigurat, Asiguratul trebuie să declare toate asigurările încheiate și existente referitoare la același risc. Atunci când există mai multe asigurări încheiate pentru același risc, fiecare Asigurător este obligat la plata proporțional cu suma asigurată și până la concurența acesteia, fără ca Asiguratul să poată încasa o despăgubire mai mare decât prejudiciul efectiv, consecința indirectă a riscului.