

1. DISPOZIȚII GENERALE, PIAȚA ȚINTĂ DE CLIENȚI ȘI CONDIȚII DE ELIGIBILITATE

- 1.1. Termenii și condițiile generale de asigurare pentru Asigurarea de viață de Grup SARS-CoV-2 (denumiți "Termenii și condițiile de asigurare" în cele ce urmează) sunt parte integrantă a contractului de Asigurare de viață de Grup (denumit "Contractul de asigurare" în cele ce urmează) pe care Contactantul îl încheie cu Societatea de Asigurare (denumită "Asigurătorul" în cele ce urmează).
- 1.2. Contractul de asigurare este format din Polița de asigurare împreună cu toate anexele sale, prezentele Condiții generale de asigurare și speciale, precum și Certificatele de asigurare, dacă este cazul.
- 1.3. Prezentele Condiții generale de asigurare sunt completate dacă este cazul, de Clauzele speciale referitoare la fiecare acoperire în parte.
- 1.4. Piața țintă de clienți este stabilită de Societatea de Asigurări, conform prevederilor legale în vigoare, iar pentru acest produs de asigurare este formată din persoane fizice cu vârsta cuprinsă între 18 și 64 ani, care au încheiat un contract individual de muncă sau orice alt tip de contract cu Contractantul, altul decât un contract individual de muncă, pentru desfășurarea unei activități prevăzute și admise de lege.
- 1.5. Pot fi înscrși în Asigurare clienții care îndeplinesc următoarele condiții cumulative de eligibilitate:
- a) fac parte din Piața țintă definită la Art. 1.4 de mai sus;
 - b) au împlinit vârsta de 18 ani și nu mai mult de 64 ani.

2. DEFINIȚII

Următorii termeni vor avea același înțeles, oriunde ar apărea în cadrul textului, în cazul în care nu se specifică altfel:

- 2.1. **Accident:** Eveniment cauzat de forțe externe, imprevizibil, neintenționat și neașteptat, generat de un factor extern organismului, survenit pe Perioada de asigurare, independent de voința Asiguratului și care provoacă acestuia în mod direct și independent de orice altă afecțiune, vătămare corporală sau deces. Accidentul, data producerii acestuia și consecințele sale trebuie să fie certificate, imediat după producere, de către un medic cu drept de liberă practică sau consecințele accidentului trebuie să fie consemnate într-un document medico-legal;
- 2.2. **Asigurător:** UNIQA Asigurări de viață S.A., cu sediul în București, Str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter, camera EO-09, sector 1, Cod poștal 014141, Înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului J/40/23525/1992, Cod unic de înregistrare 1589754, Societate administrată în sistem dualist, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înmatriculată în Registrul Asiguratorilor sub nr. RA – 003/2003, Cod LEI 529900L3YL1512DQN720, Telefon Contact Center: 0374.400.410, e-mail: viata@uniqa.ro; Website: www.uniqa.ro;
- 2.3. **Beneficiar:** Persoana fizică, desemnată în Contractul de asigurare căreia i se va plăti Suma asigurată în cazul producerii Riscului asigurat;
- 2.4. **Cerere de asigurare:** Cererea scrisă a Contractantului către Asigurător de încheiere a unui Contract de asigurare de Grup;
- 2.5. **Certificat de asigurare:** Document emis de Asigurător care certifică includerea unui membru al Grupului în asigurare;
- 2.6. **Condiție medicală preexistentă:** 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, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, 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;
- 2.7. **Contract de asigurare de grup:** 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 și a Certificatului de asigurare, după caz;
- 2.8. **Contractant:** Entitate juridică de drept public sau privat având un interes asigurabil în legătură cu Grupul Asigurat, care are capacitatea legală de a contracta și care încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul, în numele și în interesul Persoanelor asigurate, obligându-se să plătească primele de asigurare în cuantumul și la termenele stabilite prin Contractul de asigurare;
- 2.9. **Data începerii:** Data la care Asigurarea intră în vigoare, conform articolului 6.
- Deces ca urmare a contactării SARS-CoV-2:** Decesul cauzat de COVID-19, menționat în certificatul medical constatator, ca fiind cauză a decesului, dacă acesta nu este în legătură cu excluderile din cadrul Art.9. din prezentele condiții generale de asigurare;
- 2.10. **Durata Contractului de asigurare:** Perioada de timp în care sunt în vigoare raporturile de asigurare dintre Contractantul asigurării și Asigurător, așa cum au fost ele stabilite în Contractul de asigurare;
- 2.11. **Eveniment asigurat:** Risc apărut pe perioada de valabilitate a Contractului, definit și acoperit prin Condițiile contractuale ale Contractului de asigurare;
- 2.12. **Grup asigurat:** Colectivitate de persoane care au o relație contractuală de muncă sau alt tip de contract cu entitatea

juridică, ce crează raporturi juridice identice / similare / asemănătoare raporturilor de muncă, precum și orice alt instrument juridic ce atestă o relație de adeziune / asociere între Contractant și Asigurat. Dimensiunea minimă a Grupului este de 10 persoane asigurate;

- 2.13. **Indemnizație de asigurare:** Suma plătită Beneficiarului, de către Asigurător, conform Contractului de asigurare, în caz de producere a Riscului asigurat;
- 2.14. **Interes asigurabil:** Existența unei relații particulare între Asigurat și Contractant în momentul începerii acoperirii prin asigurare, care justifică încheierea Contractului de asigurare;
- 2.15. **Îmbolnăvire:** Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate, contactată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării;
- 2.16. **Persoana asigurată:** Un membru al Grupului asigurat, a cărui viață constituie obiectul asigurării;
- 2.17. **Polița de asigurare:** Documentul emis de Asigurător, care certifică încheierea Contractului de asigurare;
- 2.18. **Prima de asigurare:** Suma datorată de Contractant pentru preluarea de către Asigurător a Riscurilor asigurate;
- 2.19. **Risc asigurat de bază:** Deces ca urmare a contactării SARS-CoV-2 al Persoanei asigurate, survenit pe durata Contractului de asigurare; pot exista și alte riscuri suplimentare, la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Beneficiarului, conform Clauzelor speciale de asigurare ce vor fi incluse în contractul de asigurare;
- 2.20. **Suma asigurată:** Răspunderea maximă a Asigurătorului în cazul producerii Riscului asigurat; Asigurătorul poate să stabilească o sumă asigurată maximă pentru întregul Grup.

3. OBIECTUL ASIGURĂRII, RISCUL ASIGURAT

- 3.1. Asigurarea de viață de Grup oferă protecție Persoanelor asigurate în cazul producerii Riscurilor asigurate prevăzute în Poliță, conform opțiunii Contractantului.
- 3.2. Riscul asigurat de bază prin prezentele Condiții de asigurare este decesul ca urmare a contactării SARS-CoV-2 produs în perioada de valabilitate a Poliței.
- 3.3. Asigurarea oferă protecție pentru 24 de ore din 24, pentru Riscurile asigurate produse atât pe teritoriul României, cât și în afara acesteia, cu excepția situațiilor prevăzute la Art.9.1. lit.b).
- 3.4. Asigurarea de viață de Grup nu reprezintă un plan de economisire sau capitalizare și prin urmare nu are valoare de răscumpărare și nu poate fi transformată într-o asigurare cu suma asigurată redusă.

4. ÎNCHIEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 4.1. Contractul de asigurare se încheie între Contractant și Asigurător, în conformitate cu Cererea de asigurare scrisă formulată de către Contractant, întocmită pe formularul Asigurătorului, semnată și datată de către reprezentanții legali autorizați ai Contractantului. În Cererea de asigurare, Contractantul va menționa Sumele asigurate și riscurile acoperite în mod suplimentar.
- 4.2. Contractantul asigurării se obligă să aducă la cunoștința tuturor membrilor Grupului asigurat prevederile Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare și Condițiile speciale aferente fiecărei acoperiri suplimentare puse la dispoziție de către Asigurător, în scopul informării complete a acestora asupra prevederilor contractuale pe toată Durata Contractului de asigurare.
- 4.3. Anterior datei de începere a asigurării, Contractantul va transmite Asigurătorului lista membrilor eligibili conform prezentelor condiții de asigurare, care va cuprinde:
 - numele și prenumele;
 - codul numeric personal (CNP) sau orice alt număr unic identificator, dacă nu există CNP;
 - data nașterii;
 - ocupația/ activitatea desfășurată;
 - Beneficiarul/ beneficiarii desemnați și procentele alocate fiecărui beneficiar (dacă este cazul).Lista membrilor eligibili se actualizează la anumite intervale de timp, conform înțelegerii dintre părți. Pentru grupuri mai mari de 100 de persoane asigurate, Asigurătorul poate accepta emiterea Poliței de asigurare fără nominalizarea persoanelor asigurate, cu condiția ca Grupul asigurat să includă numărul total al persoanelor care au o relație contractuală de muncă cu Contractantul.
- 4.4. Asigurătorul emite o singură Poliță de asigurare, cu anexele respective, pentru Grupul asigurat și, după caz, câte un Certificat de asigurare nominal pentru fiecare Persoană asigurată în parte.
- 4.5. Contractantul își asumă obligația să notifice Asigurătorul cu privire la orice variație a numărului de membri cuprins în ultima declarație mai mare decât limita convenită între părți. După primirea notificării, Asigurătorul va recalcula prima de asigurare și va face ajustările necesare conform înțelegerii dintre părți.

5. EVALUAREA RISCULUI

- 5.1. Asigurătorul poate solicita completarea unor declarații specifice în cazul în care grupul are în componența sa persoane cu un grad ridicat de expunere în privința contactării SARS-CoV-2 prin prisma activităților desfășurate.
- 5.2. În urma evaluării riscului prin analiza declarațiilor și a informațiilor suplimentare solicitate în acest scop, de către Asigurător, după caz, Asigurătorul poate:
 - să aplice o cotă de primă crescută față de cea standard;
 - să limiteze acoperirea sau să aplice excluderi specifice;
 - să aplice condiții speciale pentru acoperirea Grupului asigurat;
 - să refuze acoperirea Grupului asigurat.

6. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 6.1. Contractul de asigurare intră în vigoare la ora 00:00 a zilei înscrisă în Polița emisă de Asigurător ca dată de început a asigurării, dar nu mai devreme de ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoarei zilei în care s-a achitat integral prima de asigurare.
- 6.2. Contractul de asigurare are o durată de 1 an.
- 6.3. Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în următoarele situații:
- în cazul în care, Contractantul furnizează Asigurătorului declarații inexacte sau ascunde informații care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, ar fi determinat neîncheierea Contractului de Asigurare sau oferirea Contractului de Asigurare în alte condiții;
 - la ora 24:00 a zilei de expirare a Perioadei de asigurare, indicată în Polița de asigurare, dacă nu s-a convenit altfel;
 - prin denunțare unilaterală, oricând pe perioada de derulare a Contractului de asigurare, realizată prin notificare scrisă de către una dintre părți, Contractant sau Asigurător, cu un termen de preaviz de cel puțin 20 (douăzeci) de zile, calculate de la data primirii notificării de către cealaltă parte; în această situație, suma restituită de Asigurător, reprezentând prima de asigurare achitată în avans, este calculată proporțional cu perioada neexpirată a acoperirii prin asigurare, exprimată în luni întregi.
- 6.4. Protecția prin asigurare, pentru fiecare Persoană asigurată în parte, încetează la ora 24.00 a zilei în care:
- relația contractuală a Persoanei asigurate cu Contractantul a luat sfârșit;
 - s-a produs decesul Persoanei asigurate;
 - prima de asigurare nu au fost achitate;
 - contractul de asigurare a încetat, indiferent de cauză (reziliere sau denunțare unilaterală).

7. SUMA ASIGURATĂ

- 7.1. Sumele asigurate pentru membrii Grupului asigurat sunt menționate în Polița de asigurare și vor avea aceeași valoare pentru toți membrii Grupului.

8. PRIMA DE ASIGURARE

- 8.1. Contractantul este responsabil de efectuarea plății Primelor de asigurare în conformitate cu aceste Condiții de asigurare.
- 8.2. Primele de asigurare se achită în moneda Poliței (LEI), în contul bancar indicat de Asigurător. Plata poate fi efectuată prin ordin de plată sau prin orice altă metodă permisă de Asigurător.
- 8.3. Prima de asigurare se achită în avans înainte de Data intrării în vigoare menționată în Polița de asigurare.
- 8.4. Primele de asigurare sunt anuale.
- 8.5. Prima de asigurare se plătește de către Contractant pentru toți Asigurații.

9. EXCLUDERI

- 9.1. Asigurătorul nu va fi răspunzător să plătească Indemnizația de asigurare în cazul în care Decesul ca urmare a contactării SARS-CoV-2 este cauzat de/ rezultat din/ agravat de/ în legătură cu/ întâmplat prin/ derivat din sau aflat în conexiune directă sau indirectă cu:
- cel puțin una dintre următoarele Afecțiuni preexistente manifestate și/ sau diagnosticate în ultimii 5 (cinci) ani sau pentru care persona asigurată se află în curs de diagnosticare:
 - tumori maligne (cancer) sau leucemie;
 - afecțiuni cardiovasculare cu excepția hipertensiunii arteriale stadiul I (unu) și a varicelor necomplicate;
 - bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPOC), astm bronșic sau alte patologii pulmonare vindecate cu sechele;
 - infarct miocardic sau infarct pulmonar;
 - diabet insulino-dependent;
 - HIV pozitiv sau SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite), definită conform Organizației Mondiale a Sănătății;
 - anevrism, accident vascular cerebral, scleroză multiplă;
 - insuficiență renală cronică;
 - ciroză hepatică;
 - obezitate cu un indice de masă corporală (IMC) mai mare de 35. IMC se calculează după următoarea formulă:
$$IMC = \frac{\text{Greutate(kg)}}{(\text{Înălțime(m)} * \text{Înălțime(m)})}$$
 - calătorii în regiuni cu grad de risc ridicat, pentru care Ministerul Afacerilor Externe face recomandări publice pentru amânarea / anularea călătoriilor;
 - testarea pozitivă cu SARS-CoV-2, diagnosticarea cu COVID-19 sau cu efectuarea unui test cu SARS-CoV-2 pentru care Asiguratul este în așteptarea rezultatului, anterior Datei de început a acoperirii prin Asigurare.

10. DECLARAȚII FALSE

- 10.1. Atât Asiguratul, cât și Contractantul sunt obligați să informeze Asigurătorul, în scris, despre toate condițiile și împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului. Această obligație constă în furnizarea, în mod corect și complet, înainte de încheierea Contractului și pe timpul derulării acestuia a tuturor informațiilor ce prezintă relevanță sau împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt în mod obiectiv necesare pentru evaluarea riscului, prin declararea adevărului, precum și prin

răspunsuri complete la toate întrebările menționate în Cererea de asigurare, chestionare sau alte documente, adresate de către Asigurător în timpul încheierii și derulării Contractului.

- 10.2. Conform Art.2204 Cod Civil, în afară de cauzele generale de nulitate, Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Asigurat ori Contractant cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii Riscului asigurat. Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului, care, de asemenea, poate solicita și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

Declarația inexactă sau reticența din partea Asiguratului ori a Contractantului a cărui rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea asigurării. În cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc anterior producerii riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul fie de a menține Contractul solicitând majorarea primei, fie de a rezilia Contractul de asigurare la împlinirea unui termen de 10 (zece) zile calculate de la notificarea primită de Asigurat, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele plătite aferentă perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează. Atunci când constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

11. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT

- 11.1. Ca urmare a producerii unui Risc asigurat, Contractantul asigurării, Beneficiarii sau reprezentanții legali trebuie să informeze Asigurătorul în scris în termen maximum de 30 (treizeci) de zile de la producerea decesului Persoanei asigurate. Informarea se realizează prin transmiterea unei notificări scrise la adresa electronică daune-viata@uniqa.ro sau la adresa poștală: UNIQA Asigurări de viață S.A., cu sediul în București, Str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter (camera EO-09), sector 1, Cod poștal 014141. Notificarea Riscului asigurat (Evenimentului asigurat) se realizează prin transmiterea formularului tipizat pus la dispoziție de Asigurător, pe site-ul www.uniqa.ro la secțiunea Daune Asigurări de viață), completat integral împreună cu fotocopia Certificatului de deces al Asiguratului. Documentele aferente dosarului de daună pot fi depuse și la unitățile teritoriale UNIQA Asigurări de viață S.A.

Nerespectarea notificării în termen de 30 (treizeci) de zile, poate îndreptăți Asigurătorul să refuze plata Indemnizației de asigurare/ parte din aceasta, dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate împrejurările producerii Riscului asigurat și întinderea cuantumului de plată.

Pentru instrumentarea dosarului de daună, Contractantul, Beneficiarul sau tutorele/ reprezentantul său legal/ curatorul trebuie să transmită Asigurătorului, împreună cu formularul tipizat, fotocopiile următoarelor documente:

- a. Adeverința de la angajator din care sa reiasă data la care a fost angajată Persoana asigurată;
- b. Certificat de deces al Asiguratului; în cazul producerii Riscului asigurat în afara teritoriului României, se va transmite dovada transcrierii în Registrul român de stare civilă a actului de deces emis de autoritățile străine competente;
- c. Certificat medical constatator al decesului Asiguratului sau echivalentul său, în cazul producerii decesului în afara teritoriului României;
- d. Act de identitate al Beneficiarului (copie conformă cu originalul, cu specimenul de semnătură aplicat), respectiv Certificat de naștere semnat de tutore/ reprezentant legal/ curator în cazul minorilor;
- e. Act de desemnare tutore/ reprezentant legal/ curator, dacă este cazul, precum și act de identitate al tutorelui/ reprezentantului legal/ curatorului, cu specimenul de semnătură aplicat;
- f. Documente medicale (ex: Scrisori medicale, Bilete de externare/ Bilete de ieșire din spital, foaia/foile de observație din spital, rezultatul investigațiilor efectuate, consultații, rețete, etc);
- g. Certificatul de asigurare, dacă este cazul;
- h. Alte documente solicitate de Asigurător după caz, pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației de asigurare, ca exemplu ilustrativ fișa medicală de consultații de la medicul/ medicii de familie, rezultatul pozitiv al testului SARS-CoV-2.

Pentru celelalte tipuri de Riscuri asigurate, documentele necesare instrumentării dosarului de daună sunt menționate în Condițiile Contractuale Specifice.

- 11.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita copii legalizate ale documentelor dacă fotocopiile transmise prezintă modificări sau nu sunt lizibile.
- 11.3. Indiferent de documentele depuse, în cazul în care documentele menționate mai sus sunt emise într-o limbă străină, acestea trebuie să fie prezentate Asigurătorului în traducere legalizată în limba română.
- 11.4. Refuzul de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate dă dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza și modul de producere a evenimentului.
- 11.5. Cheltuielile pentru emiterea/ obținerea documentelor necesare vor fi suportate de către Beneficiarul plății.
- 11.6. Indemnizația de asigurare se achită în termen de maximum 30 (treizeci) de zile de la data primirii de către Asigurător a ultimului document necesar finalizării instrumentării Dosarului de daună. Dacă vor fi necesare documente suplimentare în afara celor trimise de Beneficiar/ reprezentant legal/ Contractant, Asigurătorul va solicita acestuia, la adresa de e-mail comunicată sau prin poștă, documentele suplimentare necesare instrumentării Dosarului de daună. Atunci când există neînțelegeri asupra cuantumului Indemnizației de asigurare, partea necontestată din aceasta se va plăti de Asigurător, anterior soluționării de către părți a neînțelegerii.

- 11.7. Dacă nu se pot stabili cauzele și circumstanțele în care s-a produs Riscul asigurat, respectiv dreptul de a încasa Indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății Indemnizației de asigurare, până la obținerea clarificărilor și documentelor necesare.

12. BENEFICIARUL DREPTURILOR DIN ASIGURARE

- 12.1. Indemnizațiile datorate de către Asigurător în baza Contractului de asigurare se achită Beneficiarului.
- 12.2. În cazul în care nu s-a desemnat un Beneficiar, drepturile din asigurare intră în masa succesorală și se plătesc moștenitorilor Asiguratului.
- 12.3. Dacă Beneficiarul este minor la data producerii Riscului asigurat, plata indemnizației de asigurare se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 12.4. Desemnarea Beneficiarului se poate face fie la încheierea Contractului de asigurare, fie în cursul executării acestuia, prin declarația scrisă comunicată Asigurătorului de către Asigurat sau de Contractant cu acordul Asiguratului, ori prin testament.
- 12.5. Înlocuirea sau revocarea Beneficiarului se poate face oricând în cursul executării Contractului de asigurare, în modul prevăzut la punctul precedent.
- 12.6. 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.
- 12.7. 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 Asiguratului. Asigurătorul este îndreptățit să amâne orice plată până la rămânerea definitivă a unei hotărâri judecătorești prin care se constată vinovăția Beneficiarului.
- 12.8. 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.
- 12.9. Plățile către Beneficiar se vor efectua în moneda Contractului conform detaliilor bancare comunicate de Beneficiar, prin transfer în contul bancar. Pentru contractele în valută este posibilă și plata Indemnizației de asigurare în Lei, la cursul valutar valabil la data evenimentului. Costurile privind transferul bancar vor fi suportate de Beneficiar.

13. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 13.1. Contractul de asigurare poate fi modificat prin Act adițional în formă scrisă și semnat de părți, oricând după încheierea acestuia, modificările respective intrând în vigoare în condițiile convenite de părți.
- 13.2. Modificarea structurii Grupului asigurat se poate efectua lunar, cu aplicabilitate în ziua corespunzătoare Datei de intrare în vigoare a Poliței de asigurare, în condițiile convenite de părți.
- 13.3. Riscurile și Sumele asigurate nu pot fi modificate, rămânând aceleași pe toată durata Contractului de asigurare.

14. FORȚA MAJORĂ

- 14.1. Niciuna din părți nu răspunde de neexecutarea la termen și/sau executarea în mod necorespunzător, total sau parțial, a oricărei obligații care îi revine conform prezentului Contract dacă neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a fost cauzată de forța majoră, așa cum este definită de lege. Prin forță majoră se înțeleg toate evenimentele și/sau împrejurările imprevizibile și de neînlăturat, independente de voința părții care invocă forța majoră, ce includ, dar nu se rezumă la războaie și revoluții, incendii, inundații, cutremure, embargouri, și care împiedică sau întârzie, total sau parțial, îndeplinirea obligațiilor părții. Partea care invocă forța majoră trebuie să notifice cealaltă parte în termen de 5 (cinci) zile de la producerea evenimentului și să ia toate măsurile posibile pentru limitarea consecințelor lui. Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, părțile au dreptul de a își notifica încetarea de drept a prezentului raport juridic, fără ca vreuna din ele să pretindă daune-interese.

15. NOTIFICĂRI / COMUNICĂRI

- 15.1. Efectuarea notificărilor reciproce între Asigurător și Contractant/ Asigurat se probează prin orice mijloc care atestă primirea mesajului.
- 15.2. Contractantul are obligația de a notifica Asigurătorul în legătură cu modificarea datelor sale de contact sau ale Persoanelor asigurate.
- 15.3. Dacă Contractantul nu își îndeplinește obligația de notificare a modificărilor, orice notificare făcută de către Asigurător la adresa consemnată în Polița/Certificatul de asigurare se consideră valabil îndeplinită.

16. PREVEDERI FINALE

- 16.1. Asigurătorul a utilizat pentru calculul Primelor de asigurare principiile actuariale general acceptate, folosind ca incidente statistici locale sau internaționale.
- 16.2. Asigurătorul are dreptul de a modifica Condițiile Contractuale Generale și/sau Specifice ale Contractului de asigurare și ale Clauzelor suplimentare, în situația în care, pe parcursul derulării acestuia, intervin modificări legislative care impun adaptarea acestuia conform noilor dispoziții legale.
- 16.3. **Fondul de Garantare**
În cazul deschiderii procedurii de faliment împotriva unui Asigurător, 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 Asigurătorilor, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor, și are ca 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, persoană juridică de drept public, ce asigură efectuarea plății indemnizațiilor/ despăgubirilor din disponibilitățile sale, către creditorii de asigurări, potrivit plafonului, stabilit prin Legea nr. 213/ 2015.

16.4. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

a. Taxele sau comisioanele bancare aferente plății Primelor de asigurare, vor fi suportate de către Contractant, dacă este cazul.

b. Taxele sau comisioanele bancare care privesc plata Indemnizației de asigurare vor fi suportate de Asigurat/Beneficiar, dacă este cazul.

16.5. Dispoziții finale

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

b. Părțile implicate în Contractul de asigurare, Asigurătorul, pe de o parte și Asiguratul, Contractantul, Beneficiarul, pe de altă parte vor încerca să rezolve toate conflictele care pot apărea, pe cale amiabilă. Contractantul asigurării și Asiguratul vor comunica Asigurătorului, în scris, toate nemulțumirile, conflictele și neînțelegerile cu privire la derularea Contractului de asigurare. Orice nemulțumire reclamată de către Asigurat, Beneficiar și/ sau Contractantul Asigurării în legătură cu interpretarea și executarea Contractului de asigurare va fi soluționată prin formularea unei petiții scrise trimise/ depuse: la sediul social al Asigurătorului situat în București, Str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter, camera EO-09, sector 1, precum și la sediile sucursalelor, agențiilor, punctelor de lucru ale UNIQA Asigurări de viață S.A.; prin intermediul poștei electronice, la adresa de e-mail: reclamatii_viata@uniqa.ro sau completând formularul online de reclamații pe website-ul www.uniqa.ro. Petiția va fi analizată de Asigurător și va fi finalizată prin transmiterea, în termen de maximum 30 (treizeci) de zile, a unui răspuns scris, punctual și argumentat, către persoana care a formulat-o.

De asemenea, petițiile se pot transmite și prin intermediul Autorității de Supraveghere Financiară la: <https://portal.asfromania.ro>.

Informații cu privire la Contractul de asigurare pot fi solicitate la numărul de telefon (+40) 374.400.410.

Dacă petentul nu consideră răspunsurile și clarificările oferite de Asigurător 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 Contractului de asigurare, pot fi deferite instanțelor competente din România.

c. În conformitate cu prevederile Regulamentului A.S.F. 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.

d. Indiferent de toate celelalte prevederi, aceasta Asigurare ofera acoperire in masura in care nu intra in conflict cu nicio sanctiune economica, comerciala sau financiara si/sau embargouri ale Consiliului de Securitate al Natiunilor Unite (ONU), Uniunii Europene (UE) sau orice legislatie nationala care este aplicabila partilor din prezentul contract. Acest lucru este valabil și pentru sanctiunile economice, comerciale sau financiare si/sau embargouri emise de Statele Unite ale Americii sau alte tari, in masura in care nu intra in conflict cu legislatia Uniunii Europene (UE) sau cea locala.

16.6. Legislația aplicabilă: Contractul de asigurare este supus legislației romane in vigoare, in special, dar fara a se limita la Codul Civil, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea si supravegherea activitatii de asigurare si reasigurare, Legea nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguratilor, Legea nr. 236/2018 privind distributia de asigurari si legislatia secundara emisa in aplicarea acestoreia.

16.7. Deduceri fiscale: În conformitate cu prevederile Codului Fiscal in vigoare, sumele încasate de persoanele asigurate, de beneficiarii desemnați prin Contractul de asigurare sau de terțele persoane păgubite, reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi de această natură, nu sunt venituri impozabile.

16.8. Protecția datelor cu caracter personal si legislatia privind prevenirea și combaterea spălării banilor și finanțării actelor de terorism.

16.8.1. Asigurătorul respectă 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 și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul General privind Protecția Datelor) și ale Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului General privind Protecția Datelor.

În temeiul acestora, Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul Asigurării au fost informați asupra faptului ca datele personale ale acestora 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), precum și asupra faptului ca Asigurătorul poate sa transmită, în condițiile și cu respectarea legii, către terțe persoane (rezidente și nerezidente) datele personale ale acestora. Prin semnarea contractului de asigurare Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul atesta că i-a fost adus la cunoștință faptul că își poate exercita dreptul de informare, dreptul de acces la date, dreptul de rectificarea a datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul la stergerea datelor (dreptul de a fi uitat), dreptul la restrângerea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii exclusiv automatizate,

inclusiv profilare.

Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul atestă, de asemenea, că a luat cunoștință de faptul că informații complete și actualizate referitoare la prelucrarea datelor personale de către Asigurator pot fi accesate la adresa <https://www.uniga.ro/protectia-datelor> Asiguratul/Contractantul/Beneficiarul înțelege că, în situația în care consideră că drepturile lui nu au fost respectate, poate sesiza acest fapt Asigurătorului, la adresa de e-mail dpo@uniga.ro sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.

16.8.2. Asiguratul/Contractantul, prin semnarea contractului de asigurare, declară că va indica beneficiarul real al contractului de asigurare la momentul semnării acestuia că va înștiința Asigurătorul în cazul în care deține o funcție publică, indicând totodată și funcția deținută și că va respecta legislația privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor.

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

16.9. Alte prevederi

16.9.1. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de Asigurat/Contractant, pentru a determina cuantumul obligației de plată al Indemnizației de asigurare. Asiguratul, fără a fi exonerat de obligația depunerii documentelor, mandatează Contractantul/Asigurătorul să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități necesare în vederea obținerii oricăror documente necesare pentru ca Asigurătorul să poată determina circumstanțele producerii Riscului/ Evenimentului asigurat și cuantumul Indemnizației de plată, după caz.

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

16.9.3. Termenele contractuale menționate în Condițiile contractuale se referă la zile, luni, ani calendaristice/calendaristici și se calculează în zile, respectiv luni întregi, în calculul acestora intrând atât ziua (ora 00:00), respectiv luna în cadrul căreia aceste termene încep să curgă, cât și ultima zi (ora 24:00)/lună a termenului. Termenul contractual care începe pe data de 29, 30 sau 31 ale lunii și se sfârșește într-o lună care nu are o asemenea zi, se va socoti împlinit la încetarea ultimei zile calendaristice a lunii de sfârșit.

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