

DISPOZIȚII GENERALE

Termenii și condițiile generale de asigurare pentru Asigurarea individuală la termen ("Condițiile de asigurare" în cele ce urmează) sunt parte integrantă a contractului de Asigurare individuală la termen (denumit "Contractul de asigurare" în cele ce urmează) pe care Contactantul îl încheie cu Societatea de Asigurare (denumită în cele ce urmează: "Asigurătorul").

Contractul de asigurare este format din ofertă, informările legale, Cererea de asigurare adresată Asigurătorului de către Contractant, Polița de asigurare împreună cu toate anexele sale și prezentele Condiții generale de asigurare și speciale, dacă este cazul.

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

1. PIAȚA ȚINTĂ DE CLIEȚI ȘI CONDIȚII DE ELIGIBILITATE

Contractantul asigurării poate fi o Persoană fizică sau juridică (cu rezidența în România) care justifică un Interes asigurabil în relația pe care o are cu Asiguratul și cu Beneficiarul asigurării.

Asiguratul trebuie să fie cetățean român sau cetățean al unui stat membru al Uniunii Europene, cu domiciliul în România, respectiv rezident în România.

Vârsta Asiguratului/Contractantului se consideră a fi vârsta în ani împliniți, determinată ca diferență între anul calendaristic în care începe sau expiră asigurarea și anul nașterii Asiguratului.

Vârsta minimă a Contractantului asigurării trebuie să fie de minim 18 ani împliniți la data încheierii Cererii de asigurare.

Vârsta minimă de intrare în asigurare pentru Asigurat este de 16 ani, iar vârsta maximă de intrare în asigurare pentru Asigurat este de 68 ani împliniți. Vârsta maximă a Asiguratului la expirarea Poliței de asigurare este de 70 ani.

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 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 acestuia trebuie să fie consemnate într-un document medico-legal.

2.2. 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).

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

2.4. Aniversare: Aniversarea anuală a Datei începerii.

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

2.6. Asigurător: UNIQA Asigurări de viață S.A., Str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter (camera EO-09), sector 1, București, cod poștal 014141, înregistrată în Registrul Comerțului cu nr. J/40/23525/1992, cod unic de înregistrare 1589754, societate administrată în sistem dualist, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înmatriculată în Registrul Asigurătorilor sub nr. RA – 003/2003, Cod LEI 529900L3YL1512DQN720, telefon Contact Center: 0374.400.410, e-mail: viata@uniqa.ro; website: www.uniqa.ro.

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

2.8. Cerere de asigurare: Cererea scrisă a Contractantului către Asigurător de încheiere a unui Contract de asigurare.

2.9. 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.

2.10. 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.

2.11. 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;

2.12. Data începerii: Data la care Asigurarea intră în vigoare conform articolului 5.

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

- 2.14. Perioada asigurată: Perioada de valabilitate a Contractului de asigurare cuprinsă între datele specificate pentru începerea și expirarea Contractului de asigurare.
- 2.15. 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.
- 2.16. Polița de asigurare: Documentul scris, emis de către Asigurător ca dovadă a încheierii Contractului de Asigurare.
- 2.17. 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 preluării de către Asigurător a riscurilor asigurate.
- 2.18. Prima inițială: Suma pe care Contractantul sau Asiguratul o va plăti Asigurătorului înainte de data emiterii Poliței;
- 2.19. Suma asigurată: Suma maximă pe care Asigurătorul o va plăti Beneficiarului, în conformitate cu Contractul de asigurare, la apariția unui Risc asigurat.
- 2.20. Risc asigurat: Deces din orice cauză al Asiguratului, survenit pe durata Contractului de asigurare; pot exista și alte riscuri suplimentare, la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Beneficiarului, conform Condițiilor speciale de asigurare.
- 2.21. Taxa de emiterie: Suma de bani pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului înainte de emiterea Poliței de asigurare.
- 2.22. Interesul asigurabil: Condiție de bază pentru valabilitatea Contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară existentă între Asigurat și Contractant, pe de o parte (în ceea ce privește interesul legitim de plată a primelor de asigurare) și între Asigurat și Beneficiar, pe de altă parte (în ceea ce privește interesul legitim de încasare a indemnizației de asigurare).

3. INDEMNIZAȚII DIN ASIGURARE

- 3.1. Conform Contractului de Asigurare individuală la termen, Contractantul va plăti Asigurătorului Prima de asigurare, iar Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de asigurare la producerea unui Risc asigurat.
- 3.2. Riscul asigurat prin prezentele Condiții de asigurare este decesul din orice cauză produs în perioada de valabilitate a Poliței.
- 3.3. În cadrul acestei Asigurări este posibilă, de asemenea, contractarea unei asigurări suplimentare conform Condițiilor Speciale.
- 3.4. 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.
- 3.5. Asigurarea oferă protecție pentru 24 de ore din 24, pentru Riscurile asigurate produse atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.
- 3.6. Asigurarea individuală la termen 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 sumă asigurată redusă.
- 3.7. Acordurile referitoare la conținutul Contractului de asigurare vor fi valabile numai dacă sunt efectuate în scris.

4. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 4.1. Contractul de asigurare este încheiat în conformitate cu Cererea de asigurare 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.
- 4.2. 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.
- 4.3. 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.
- 4.4. 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.
- 4.5. 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.
- 4.6. După semnarea Cererii de asigurare și plata Primei inițiale, acceptarea riscului de către Asigurător va fi confirmat prin emiterea Poliței de asigurare.
- 4.7. 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 condițiilor speciale de risc, diferite de standardul specificat în Cererea de asigurare; În cazul în care Contractantul refuză încheierea contractului conform condițiilor speciale, prima plătită va fi returnată după deducerea, dacă este cazul, a cheltuielilor 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 suportate de Asigurător cu investigațiile medicale.
- 4.8. Semnăturile Contractantului și Asiguratului (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.
- 4.9. Toate informațiile și declarațiile furnizate de părțile la contract în conformitate cu prevederile condițiilor de asigurare trebuie furnizate în scris.
- 4.10. 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, INTRAREA ÎN VIGOARE ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 5.1. Contractul de asigurare are o durată de minim 1 an și de maxim 35 ani, cu condiția ca, la expirarea contractului Asiguratul să nu depășească vârsta de 70 ani.
- 5.2. Data începerii acoperirii contractuale va fi întotdeauna ora 00.00 a zilei următoare celei în care Asigurătorul a acceptat Cererea de asigurare prin emiterea Poliței de asigurare, dată specificată în Poliță ca dată de începere a asigurării.
- 5.3. Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în următoarele situații:
- 5.3.1. În cazul în care, Contractantul/ Asiguratul 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.
- 5.3.2. La ora 24:00 a zilei de expirare a Perioadei de asigurare, indicată în Polița de asigurare.
- 5.3.3. 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. Asigurătorul își rezervă dreptul de a renunța la termenul de preaviz.
- 5.3.4. În cazul în care, datele de identificare personale ale Contractantului și/ sau ale Asiguratului se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea faptelor de spălare a banilor sau de finanțare a actelor de terorism, precum și în cazul în care Contractantul/ Asiguratul este identificat ca fiind obiect al sancțiunilor internaționale.
- 5.3.5. Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare, fără preaviz, în termen de 20 (douăzeci) zile de la data de început a Poliței de asigurare, dacă nu au fost achitate indemnizații de asigurare în perioada de valabilitate. Renunțarea produce efect retroactiv. În acest caz, Asigurătorul va returna Prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare, mai puțin cheltuielile aferente examinărilor medicale (dacă au fost efectuate) și Taxa de emisie. Prima de asigurare nu este purtătoare de dobândă.
- 5.3.6. Prin rezilierea de către Asigurător a Contractului de Asigurare, în cazul neplății Primelor de asigurare până la expirarea termenului de 3 (trei) luni de la celei dintâi prime scadente neachitate, fără existența posibilității de a fi repus în vigoare.

6. DETERMINAREA PRIMEI DE ASIGURARE ȘI A SUMEI ASIGURATE

- 6.1. Asigurătorul va determina, în principal, cuantumul Primei de asigurare în funcție de vârsta Asiguratului la începutul asigurării, tariful selectat, Suma asigurată și Perioada asigurată.
- 6.2. Prima de asigurare este anuală. La solicitarea Contractantului asigurării și cu acordul Asigurătorului, prima anuală poate fi plătită și în rate subanuale: semestriale, trimestriale sau lunare (în cazul în care prima lunară este peste nivelul minim stabilit de Asigurător).
- 6.3. 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.
- 6.4. Prima de asigurare se achită în moneda Poliței, în contul bancar indicat de Asigurător. Plata poate fi efectuată în numerar la casieria băncii agreeate de Asigurător sau prin ordin de plată direct în contul Asigurătorului iar toate cheltuielile aferente acestei plăți sunt în sarcina Contractantului.
- 6.5. Prima de asigurare se achită în avans, aceasta devenind scadentă și plătită Asigurătorului la datele calendaristice menționate ca atare în Poliță și fixate în funcție de durata Contractului de asigurare, Data începerii și frecvența plății menționate în Polița de asigurare.
- 6.6. 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) de zile înainte de data aniversării.
- 6.7. Prima de asigurare sau ratele de primă se plătesc de către Contractant.
- 6.8. Contractantul beneficiază de o Perioadă de grație în vederea efectuării plății Primei de asigurare de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data scadenței respectivei plăți. În Perioada de grație, Contractul de asigurare nu își suspendă efectele juridice.
- 6.9. În cazul în care Contractantul nu a efectuat plata Primei de asigurare nici în cadrul Perioadei de grație, protecția prin asigurare încetează începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare zilei expirării termenului de grație.
- 6.10. În cazul în care Contractul de asigurare și-a încetat efectele datorită neplății Primei de asigurare, Asigurătorul oferă, la cererea scrisă a Contractantului asigurării, posibilitatea repunerii în vigoare a Contractului de asigurare într-o perioadă de maxim 3 (trei) luni de la data celei dintâi prime scadente neachitate, în condițiile achitării Primei de asigurare restante.
- 6.11. Repunerea în vigoare a Contractului se va face în termenul specificat mai sus, fără a necesita o reevaluare a riscului, în cazul în care condițiile în care Asigurarea a fost încheiată au rămas neschimbate și Asigurătorul nu a fost înștiințat cu privire la producerea unui Risc asigurat.
- 6.12. După expirarea a 3 (trei) luni de la data ultimei prime scadente neachitate, Asigurătorul consideră reziliat Contractul de asigurare, fără altă înștiințare prealabilă, cu începere de la data ultimei prime scadente neachitate. După rezilierea Contractului în astfel de condiții nu mai este posibilă repunerea lui în vigoare (reluarea acoperirii).
- 6.13. 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.
- 6.14. 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 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.

7. ÎNCEPEREA ȘI TERMINAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

7.1. Răspunderea Asiguratorului de a plăti Suma asigurată va începe la ora 00.00 a Datei începerii Asigurării specificată în Polița de asigurare.

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

7.3. În cazul producerii Riscului asigurat, Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare conform Condițiilor contractuale.

8. EXCLUDERI

8.1. Asiguratorul nu va fi răspunzător să plătească indemnizația de asigurare în cazul în care Riscul asigurat survine direct sau indirect în legătură cu următoarele situații:

a) ca urmare a unei Condiții medicale 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 Asigurator;

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, 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 în sânge sau 0,4 la sută în aerul expirat;

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

n) în cazul declarațiilor false făcute de Asigurat /Contractant în Cererea de asigurare;

o) dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a sinuciderii Asiguratului, în primii 2 ani de la data încheierii Contractului de asigurare, oricărei tentative de suicid, automutilare sau îmbolnăvire intenționată;

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) călătorii în regiuni cu grad de risc ridicat, conform avertismentelor de călătorie al Ministerului Afacerilor Externe din România;

8.2. 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 Asiguratului, dacă nu există alți Beneficiari numiți.

9. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI/ ASIGURATULUI

9.1. Contractantul/ Asiguratul are obligația de a informa Asiguratorul despre producerea următoarelor evenimente:

9.1.1. Modificarea stării de sănătate a Asiguratului, atunci când aceasta nu mai corespunde cu cea menționată în Declarația efectuată la Data semnării Cererii de asigurare și până la emiterea Poliței de asigurare sau la repunerea în vigoare a Contractului.

9.1.2. Modificarea ocupației Asiguratului, modificarea condițiilor de muncă sau schimbarea locului de muncă al Asiguratului, oricând după data semnării Cererii de asigurare, atât până la emiterea Poliței de asigurare, cât și pe Perioada de asigurare.

9.1.3. Relocarea temporară sau definitivă a domiciliului Asiguratului în străinătate.

9.1.4. Practicarea unor sporturi/ hobby-uri noi, altele decât cele menționate în Declarația efectuată la data semnării Cererii de asigurare sau a Cererii de repunere în vigoare.

9.1.5. Pierderea Interesului asigurabil, așa cum este el definit la Art.2.22.

9.1.6. În cazul în care, Contractantul/ Asiguratul omite să informeze despre producerea unuia dintre evenimentele prevăzute la Art.9.1.1-9.1.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a se elibera de orice obligație care i-ar reveni de pe urma Contractului de asigurare în cazul în care acel eveniment, neadus la cunoștința Asigurătorului, a făcut ca Asiguratul să fi devenit neasigurabil sau Contractul de asigurare ar fi continuat în alte condiții.

9.2. Asiguratul (sau reprezentanții săi legali) va solicita medicilor curanți și va comunica Asigurătorului, la cerere sau pentru situații precum, dar fără a se limita la, majorarea de sumă asigurată, adăugarea de Clauze suplimentare noi, producerea evenimentului asigurat, pe întreaga durată a contractului de asigurare, toate informațiile privind starea sa de sănătate și/ sau istoricul său medical.

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 cărei 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. CESIUNEA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

11.1. Polița de asigurare individuală la termen poate fi cesionată.

11.2. Cesiunea este opozabilă Asigurătorului și creează obligații în sarcina sa numai în cazul în care Contractantul a informat în scris Asigurătorul cu privire la cesiunea Contractului de asigurare către un anumit creditor iar Asigurătorul a emis un Act adițional în acest sens.

11.3. În cazul în care Asigurarea a fost cesionată în favoarea unui creditor, Asigurătorul va plăti acestuia doar partea din Suma asigurată egală cu valoarea creditului restant la data stabilirii decesului sau Invalidității totale permanente, urmând ca diferența să fie atribuită Beneficiarului/ Beneficiarilor desemnați, în proporțiile stabilite.

12. DREPTURILE DIN ASIGURARE

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

12.2. Indemnizațiile datorate de către Asigurător în baza Contractului de asigurare, se achită Beneficiarului.

12.3. 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.

12.4. 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 Asiguratului.

12.5. 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.

12.6. Înlocuirea sau revocarea Beneficiarului se poate face oricând în cursul executării Contractului de asigurare, în modul prevăzut la punctul 12.3.

12.7. 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.

12.8. 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.

12.9. 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.

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

12.11. 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.

12.12. 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.

13. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISCULUI ASIGURAT.

13.1. Ca urmare a producerii unui eveniment 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 asigurat și dreptul persoanei care formulează cererea de despăgubire.

13.2. Beneficiarii sau reprezentanții lor legali vor informa Asigurătorul în scris în termen de 72 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.

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., str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter (camera EO-09), sector 1, București, cod poștal 014141. Notificarea Evenimentului asigurat se realizează prin transmiterea formularului tipizat pus la dispoziție de Asigurător, pe site-ul www.uniqa.ro, completat integral sau prin transmiterea unei notificări scrise, 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.

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

13.4. Dacă obligațiile prevăzute la art. 13.2. nu sunt îndeplinite, Asigurătorul poate refuza acordarea indemnizației de asigurare în cazul în care, din acest motiv, nu a putut determina împrejurările referitoare la Riscul asigurat.

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

a) Certificat de deces al Asiguratului; în cazul producerii Evenimentului 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;

b) Certificat medical constatator al decesului Asiguratului sau echivalentul său, în cazul producerii decesului în afara teritoriului României;

c) 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;

d) 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;

e) Fișa medicală de consultații de la medicul/ medicii de familie (copie conformă cu originalul, purtând semnătura și parafa medicului, având paginile numerotate de către medic - 1/n; 2/n....n/n, unde „n” este numărul total de pagini pe care îl are fișa medicală);

f) Alte 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) Rezultatul Anchetei poliției, Rezoluția Parchetului/ rezultatul Anchetei Inspectoratului teritorial de muncă, sau alte documente care lămuresc împrejurările producerii decesului, rezultatul testării alcoolmetrice sau toxicologice;

h) Alte documente solicitate de Asigurător după caz, pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației de asigurare.

Pentru celelalte tipuri de evenimente/riscuri asigurate, documentele necesare instrumentării dosarului de daună sunt menționate în Condițiile speciale de asigurare.

13.6. Asigurătorul are dreptul să solicite în caz de nevoie și alte documente medicale sau legale. Cheltuielile legate de această documentare vor fi suportate de către persoana care solicită achitarea drepturilor din asigurare, numai dacă aceasta a prezentat documentație incompletă sau date nereale; în caz contrar, aceste cheltuieli vor fi suportate de către Asigurător.

13.7. 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.

13.8. 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 va preciza motivele refuzului său.

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 Asigurat/Beneficiar.

13.9. 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/cărora a fost efectuată plata. Aceeași procedură se va aplica și în cazul modificării Beneficiarului, modificare ce nu i-a fost comunicată Asigurătorului.

13.10. Dacă, în legătură cu producerea Riscului asigurat, a fost instituită împotriva Asiguratului sau Beneficiarului o anchetă sau procedură penală, până la finalizarea acesteia, Asigurătorul are dreptul să amâne plata indemnizațiilor.

14. ALTE DREPTURI ȘI OBLIGAȚII ALE PĂRȚILOR

14.1. 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.

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

14.3. 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.

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

15. NOTIFICĂRI/ COMUNICĂRI

15.1. 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.

15.2. 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 Asigurător/ Asigurat/ Contractant și se consideră primită de destinatar la data menționată pe confirmare de oficiul poștal primitor.

15.3. 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.

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

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

16. EMITEREA UNUI DUPLICAT AL POLIȚEI

Asigurătorul va emite un duplicat al Poliței de asigurare 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.

17. CHELTUIELI, TAXE, IMPOZITE, DOBÂNZI

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 Asigurător, conform Contractului, includ orice taxe sau cheltuieli aplicabile, conform legii române, indiferent de tipul plății efectuate (indemnizație, rambursare a primei, etc) sau de beneficiarul unei astfel de plăți (Contractant, Asigurat, Beneficiar, etc).

18. 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 213/ 2015.

19. PREVEDERI FINALE

19.1. Schimbarea adresei și a datelor de contact

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

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

19.1.3. Asigurătorul a utilizat pentru calculul Primelor de asigurare principiile actuariale general acceptate, folosind ca incidențe statistice locale sau internaționale. Informații cu privire la detaliile produsului se regăsesc pe adresa de Website-ul Societății www.uniqa.ro.

19.2. 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.

19.3. Dispoziții finale

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

19.3.2. 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 str. Nicolae Caramfil nr. 25, parter (camera EO-09), sector 1, București, precum și la sediile sucursalelor, agențiilor, punctelor de lucru ale UNIQA Asigurați de viață; 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.

19.3.3. În conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/2016, 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.

19.4. Legislația aplicabilă

Contractul de asigurare este supus legislației române în vigoare, în special dar fără a se limita la Codul Civil, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare, Legea nr. 236/2018 privind distribuția de asigurări și legislația secundară emisă în aplicarea acestora.

19.5. Deduceri fiscale

În conformitate cu prevederile Codului Fiscal în 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. Pentru anumite tipuri de asigurări, primele de asigurare pot fi cheltuieli deductibile, în condițiile prevăzute de legislația fiscală.

19.6. Protecția datelor cu caracter personal și legislația privind prevenirea și combaterea spălării banilor și finanțării actelor de terorism

19.6.1. Asigurătorul respectă prevederile Regulamentului nr. 679 din 27 aprilie 2016 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).

În temeiul acestuia, Asiguratul/ Contractantul/ Beneficiarul Asigurării au fost informați asupra faptului că 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 că Asigurătorul poate să 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 rectificare a datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul la ștergerea 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 automate, 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 Asigurător pot fi accesate la adresa <https://www.uniqa.ro/despre-noi/protecția-datelor.html>. 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@uniqa.ro sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.

19.6.2. Asiguratul/ Contractantul/ Beneficiarul, prin semnarea Contractului de asigurare, confirmă că a înțeles pe deplin că scopul principal al prelucrării datelor este încheierea și administrarea contractului de asigurare și că orice refuz de a le furniza determină imposibilitatea de a încheia Contractul de asigurare.

19.6.3. 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 prevederile legislației specifice pentru prevenirea și sancționarea spălării banilor, precum și combaterea finanțării terorismului.

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.

19.7. Alte prevederi

19.7.1. Asigurătorul acceptă cu efect juridic numai solicitările transmise în scris, direct la sediul social al Asigurătorului, precum și la sediile sucursalelor, agențiilor, punctelor de lucru ale UNIQA Asigurări de viață, cu indicarea motivului sesizării/ solicitării de informații necesare, nume și prenume, CNP/ CUI, adresă, precum și numărul Poliței de asigurare. Formularele tipizate trebuie completate în integralitate și semnate.

19.7.2. 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/ Asiguratul 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.

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

19.7.4. 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.

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