



GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A.

ROMANIA, 031142 Bucuresti - sector 3, Str. Emil Gârleanu nr. 11, Bl. A8, ap. 49

Tel. +40-21-321 74 28; Fax +40-21-320 20 16; E-mail: office@gerroma.ro

Capital social: 9.450.000 RON; Reg. Com. nr. J40/7054/1995; Cod unic Inreg: 7804274

Inregistrat ca operator de date cu caracter personal sub numărul 5213; Autorizat C.S.A.: RA-016/10.04.2003

Document cu caracter informativ

CONDITII DE ASIGURARE SPORTURI DE IARNA - POLITA DYNAMIC

Cap. 1 OBIECTUL ASIGURĂRII

1.1. Prin contractul de asigurare care se încheie între S.C. GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A. – GERROMA, denumită în continuare Asigurător și persoane fizice/juridice pentru beneficiari persoane fizice având vârsta cuprinsă între 5 zile și 80 ani, cu domiciliul/reședința în România, care practică ca amatori Sporturi de Iarnă, denumite în continuare Asigurați, Asigurătorul se obligă, ca în cazul producerii unui Eveniment asigurat, să acorde Despăgubire în baza prezentelor condiții de asigurare, pentru:

1.1.1. Cheltuielile medicale de urgență ocazionale de vătămarea corporală gravă a Asiguratului ca urmare a unui Accident, consecință exclusivă a practicării Sportului de Iarnă menționat în Polița de asigurare, când Teritoriul acoperit prin Asigurare este România.

1.1.2. Cheltuielile medicale de urgență și Cheltuielile de asistență după caz, ocazionale de vătămarea corporală gravă a Asiguratului ca urmare a unui Accident, consecință exclusivă a practicării Sportului de Iarnă menționat în Polița de asigurare, când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România.

1.2. Încheierea Contractului de asigurare, respectiv emiteria Poliței de asigurare, se face prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului pe baza datelor furnizate de Asigurat/Contractant și completată în Chestionarul electronic din această aplicație.

Cap.2 DEFINIȚII

2. În înțelesul prezentelor condiții de asigurare, termenii și expresiile de mai jos au numai următoarele semnificații:

2.1. **Accident** – eveniment subit, imprevizibil și violent, survenit exclusiv în Perioada asigurată urmare exclusivă a practicării unui Sport de Iarnă, care produce vătămări corporale grave ce pot fi stabilite în mod obiectiv și care periclitează viața sau continuarea normală a vacanței, ori care are ca rezultat Decesul Asiguratului.

2.2. **Asigurare** – asigurarea pentru practicarea Sporturilor de Iarnă, reglementată de Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului și de prezentele condiții de asigurare.

2.3. **Asigurat** – persoana fizică cu domiciliul/reședința în România, menționată în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, care are un Contract de asigurare valabil încheiat cu Asiguratul.

2.4. **Asigurător** – societatea de asigurare GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A. – GERROMA cu sediul în București, str. Emil Gârleanu nr. 11, bl. A8, sc. 2, et. 5, ap. 49, sector 3, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/7054/1995, având CUI 7804274, Autorizată de C.S.A.: RA-016/04.10.2003, înregistrată ca operator de date cu caracter personal sub numărul 5213.

2.5. **Catastrofe naturale** – evenimente provocate de manifestarea următoarelor calamități naturale: cutremure de pământ, inundații și furtuni.

2.6. **Caz asigurat** – Eveniment asigurat produs.

2.7. **Cheltuieli medicale de urgență** – cheltuieli aferente serviciilor medicale care se impun fără întârziere, în scopul ameliorării sau stabilizării stării de sănătate a Asiguratului, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat. Nu se consideră urgență medicală acele situații în care intervenția de orice natură a medicului este amânată mai mult de 24 de ore de la data și ora apariției Evenimentului asigurat. Cheltuielile medicale aparute în astfel de circumstanțe nu sunt considerate a fi de urgență, urmând în consecință a nu face obiectul prezentului Contract de asigurare. De asemenea, își pierd caracterul de urgență cheltuielile medicale solicitate în condițiile în care fie serviciile medicale prestate nu pot sau nu mai pot urmări Stabilizarea stării de sănătate, fie serviciile medicale sunt prestate pe o perioadă mai mare de 15 zile.

2.8. **Cheltuieli de asistență** – cheltuieli, altele decât cele medicale de urgență, care au un caracter colateral acestora și care sunt specificate în prezentele condiții de asigurare. Cheltuielile de asistență sunt preluate de Asiguratul doar în cazul în care se află în legătură cu Evenimentul asigurat și numai până la stabilizarea stării de sănătate.

2.9. **Chestionar electronic** – lista de întrebări alcătuită cu scopul de a obține, pe baza răspunsurilor date, informații necesare pentru ca aplicația electronică a Asiguratului să afișeze Prima de asigurare corespunzătoare nevoii și opțiunii Asiguratului/Contractantului.

2.10. **Contract de asigurare** – Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului împreună cu prezentele condiții de asigurare.

2.11. **Contractant** – persoana fizică sau juridică care încheie Contractul de asigurare pentru o altă persoană fizică și se obligă față de Asigurat să plătească Prima de asigurare. Vârsta Contractantului trebuie să fie de minim 18 ani.

2.12. **Decesul** – încetarea din viață a Asiguratului ca urmare a unui Accident consecință exclusivă a practicării unui Sport de Iarnă, așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare și este confirmat în baza certificatului constatator al morții.

2.13. **Despăgubire** – suma de bani pe care Asiguratul o suportă în urma producerii unui Eveniment asigurat, așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare, care nu poate depăși Suma asigurată.

2.14. **Eveniment asigurat** – orice Accident, așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare, care prezintă pericol pentru viața Asiguratului, survenit exclusiv în Perioada asigurată și pe Teritoriul acoperit prin Asigurare, pentru care Asiguratul acordă Despăgubire potrivit prezentelor condiții de asigurare.

2.15. **Indemnizația în caz de deces** – suma de bani plătită moștenitorilor legali ai Asiguratului în cazul Decesului Asiguratului, așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare.

2.16. **Medic** – persoana recunoscută ca medic practicant în țara în care a survenit Evenimentul asigurat, excluzând Asiguratul însuși, soțul/soția, rudele acestuia sau persoanele care însoțesc Asiguratul pe durata călătoriei.

2.17. **Medicamente** – medicamente prescrise de Medic și cumpărate din farmacie, atâta timp cât prescrierea constituie un sprijin al tratamentului, cu excepția vitaminelor, preparatelor întăritoare, preparatelor cosmetice chiar dacă sunt prescrise de Medic.

2.18. **Perioada asigurată** – interval de timp, stabilit și înscris în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, conform opțiunii Asiguratului/Contractantului din Chestionarul electronic. Asiguratul acordă acoperire prin Asigurare exclusiv pentru această perioadă și numai pentru Evenimentele asigurate care au survenit în această perioadă. Perioada asigurată nu poate fi mai mică de 2 zile și nu va depăși 365 de zile.

2.19. **Polița de asigurare** – document emis prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, pe baza datelor furnizate de Asigurat/Contractant și completată în Chestionarul electronic din aplicația electronică a Asiguratului, care se consideră valabil după achitarea integrală a Primei de asigurare, prin care se probează existența Asiguratului. Polița de asigurare cuprinde mențiuni privind Asiguratul, Perioada asigurată, Teritoriul acoperit prin Asigurare, Sportul de Iarnă pentru care s-a optat, alte opțiuni ale Asiguratului și valoarea Primei de asigurare.

2.20. **Prima de asigurare** – suma de bani plătită de Asigurat/Contractant înainte de emiteria prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului a Poliței de asigurare.

2.21. **Sporturi de Iarnă** – în prezentele condiții de asigurare sub denumirea de Sporturi de Iarnă, sunt cuprinse următoarele activități sportive practicate pe trasee amenajate sau în zone recomandate pe zăpadă sau gheață, după caz:

Grupa 1 - ski și sărituri cu schiurile;

Grupa 2 - snowboard și sărituri cu snowboard;

Grupa 3 - ski și sărituri cu schiurile, snowboard și sărituri cu snowboard, sanie, deplasări cu snowmobill și patină.

2.22. **Stabilizarea stării de sănătate** – are în vedere acea situație în care scade riscul de evoluție sau de complicație imediată a urmării Accidentului ori de Deces a Asiguratului.

2.23. **Suma asigurată** – limita maximă a Răspunderii Asiguratului conform prezentelor condiții de asigurare.

2.24. **Teritoriul acoperit prin Asigurare** – teritoriul menționat în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului conform opțiunii Asiguratului/Contractantului furnizată și completată în Chestionarul electronic.

2.25. **Transport sanitar de urgență** – serviciul care presupune utilizarea unui mijloc de transport utilitat din punct de vedere medical numai atunci când starea sănătății Asiguratului impune acest lucru, pentru:

- preluarea Asiguratului de la locul unde acesta se află la momentul producerii evenimentului în vederea transportării sale până la cea mai apropiată unitate medicală adecvată;

- mutarea Asiguratului de la o unitate medicală la alta, numai la cererea medicului curant, cu aprobarea expresă a Asiguratului.

2.26. **Vătămarea corporală gravă** – afecțiune majoră a integrității corporale a Asiguratului ca urmare a Evenimentului asigurat.

2.27. **Zile asigurate** – număr de zile pentru care Asiguratul acordă acoperire prin Asigurare, stabilit și înscris în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, conform opțiunii Asiguratului/Contractantului furnizată și completată în Chestionarul electronic.

Cap.3 ÎNCHIEIEREA ȘI DENUNȚAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

3.1. Încheierea Contractului de asigurare

3.1.1. Contractul de asigurare se poate încheia atât înainte de începerea călătoriei cât și după începerea acesteia, dar nu mai târziu de 30 de zile calculate din ziua următoare începerii călătoriei, când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România.

3.1.2. Contractul de asigurare se consideră valabil încheiat după plata de către Asigurat/Contractant a Primei de asigurare și emiteria de către Asigurat sau intermediarul în asigurări autorizat de către Asigurat, a Poliței de asigurare, prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului.

3.1.3. Orice neconcordanță existentă între solicitările și datele Asiguratului furnizate și completate în Chestionarul electronic și cele înscrise în Polița de asigurare, se anunță de către Asigurat/Contractant printr-o adresă scrisă, trimisă către Asigurat, în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la data emiterii Poliței de asigurare. Ulterior expirării acestui termen, Polița de asigurare se consideră valabil încheiată.

3.2. Denunțarea Contractului de asigurare

3.2.1. Contractul de asigurare poate fi denunțat în baza unei cereri scrise a Asiguratului/Contractantului, cu minim 24 de ore înaintea începerii Perioadei asigurate.

3.2.2. Denunțarea, indiferent de motivul ei, duce la rambursarea de către Asigurat sau intermediarul în asigurări, Asiguratului/Contractantului, a Primei de asigurare mai puțin o sumă penalizatoare, stabilită de Asigurat, reprezentând cheltuieli efectuate de Asigurat în legătură cu emiteria Poliței de Asigurare.

3.3. Prima de asigurare

3.3.1. Prima de asigurare se calculează conform modului de calcul stabilit de Asigurat și este afișată în aplicația electronică a Asiguratului înainte de efectuarea plății.

3.3.2. Prima de asigurare se plătește integral de către Asigurat/Contractant, înaintea emiterii prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului a Poliței de asigurare.

Cap. 4 RĂSPUNDEREA ASIGURĂTORULUI

4.1. Asigurarea este valabilă numai pe Teritoriul acoperit prin Asigurare, numai pe Perioada asigurată și numai pentru opțiunile Asiguratului/Contractantului furnizate și completate în Chestionarul electronic, menționate în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului.

4.2. **Începutul, durata și încetarea răspunderii Asiguratului**

4.2.1. Pentru Contractele de asigurare încheiate înainte de începerea călătoriei, când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România și Asiguratul se află pe teritoriul României, răspunderea Asiguratului începe la ora 00:00 a primei zile din Perioada asigurată, dar nu înainte de momentul intrării Asiguratului pe Teritoriul acoperit prin Asigurare și încetează la ora 24:00 a ultimei zile din Perioada asigurată, pe Teritoriul acoperit prin Asigurare.

4.2.2. Pentru Contractele de asigurare încheiate în ziua începerii călătoriei, când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România și Asiguratul se află pe teritoriul României, răspunderea Asiguratului începe după două ore de la momentul încheierii, dar nu înainte de momentul intrării Asiguratului pe Teritoriul acoperit prin Asigurare și încetează la ora 24:00 a ultimei zile din Perioada asigurată, pe Teritoriul acoperit prin Asigurare.

4.2.3. Pentru Contractele de asigurare în care Teritoriul acoperit prin Asigurare este România, răspunderea Asiguratului începe la ora 00:00 a celei de a 3-a zi calculate din ziua următoare emiterii Poliței de asigurare și încetează la ora 24:00 a ultimei zile din Perioada asigurată.

4.3. Răspunderea maximă a Asiguratului

4.3.1. Suma asigurată, respectiv răspunderea maximă a Asiguratului, în baza prezentului Contract de asigurare, când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România, nu va depăși 20000 EUR, astfel:

A. Cheltuieli medicale de urgență:

a) consultații medicale ambulatorii în valoare maximă de 200 EUR;

b) medicamente în valoare maximă de 200 EUR;

c) investigații recomandate a fi strict necesare, în urma consultației, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea, în valoare maximă de 200 EUR;

d) tratament ambulatoriu care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsura în care își păstrează caracterul de urgență, în valoare maximă de 200 EUR;

e) 2 două consultații medicale care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsura în care își păstrează caracterul de urgență, în valoare maximă de 100 EUR;

f) spitalizare în valoare maximă de 3000 EUR. Valoarea maximă a unei zile de spitalizare suportată de Asigurat în cazul apariției unui Eveniment asigurat nu va depăși suma de 300 EUR, indiferent de categoria unității medicale, clasa de îngrijire și specialitatea medicală, fără a lua în calcul ziua externării care nu este despăgubită;

g) asistență medicală oftalmologică și medicația aferentă în valoare maximă de 200 EUR, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;

h) asistență medicală stomatologică și medicația aferentă, în valoare maximă de 200 EUR, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident.

B. Cheltuielile de asistență:

a) repatrierea Asiguratului accidentat aflat în imposibilitatea de a se deplasa în condiții normale, în valoare maximă de 600 EUR, numai cu aprobarea expresă a Asiguratului;

În situații în care valoarea repatrierii Asiguratului depășește 600 EUR, Asiguratul va factura Asiguratului valoarea diferenței iar acesta va avea obligația să o plătească în termen de 30 zile de la primirea facturii;

b) căutare și salvare în valoare maximă de 200 EUR;

c) Transport sanitar de urgență în valoare maximă de 300 EUR;

d) transport medical în valoare maximă de 100 EUR, numai dacă în localitate nu există medic și/sau diagnosticul impune deplasarea acestuia.

Cumulul Despăgubirilor plătite pentru fiecare Caz asigurat nu poate depăși 5500 EUR.

C. Indemnizația în caz de Deces

În cazul în care a survenit Decesul Asiguratului ca urmare a unui Accident consecință exclusivă a practicării unui Sport de Iarnă, așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare și este confirmat în baza

certificatului constatator al morții, Asiguratul acordă moștenitorilor legali ai Asiguratului o indemnizație în valoare de 1500 EUR.

4.3.2. Suma asigurată, respectiv răspunderea maximă a Asiguratului, în baza prezentului Contract de asigurare, când Teritoriul acoperit prin Asigurare este România, nu va depăși 6000 LEI, astfel:

A. Cheltuieli medicale de urgență:

a) consultații medicale ambulatorii în valoare maximă de 150 LEI;

b) medicamente în valoare maximă de 375 LEI;

c) investigații recomandate a fi strict necesare, în urma consultației, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea, în valoare maximă de 150 LEI;

d) tratament ambulatoriu care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsura în care își păstrează caracterul de urgență, în valoare maximă de 150 LEI;

e) a două consultații medicale care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsura în care își păstrează caracterul de urgență, în valoare maximă de 75 LEI;

f) spitalizare în valoare maximă de 1200 LEI. Valoarea maximă a unei zile de spitalizare suportată de Asigurat în cazul apariției unui Eveniment asigurat nu va depăși suma de 240 LEI, indiferent de categoria unității medicale, clasa de îngrijire și specialitatea medicală, fără a lua în calcul ziua externării care nu este despăgubită;

g) asistență medicală oftalmologică și medicația aferentă în valoare maximă de 150 LEI, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;

h) asistență medicală stomatologică și medicația aferentă, în valoare maximă de 150 LEI, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident.

Cumulul Despăgubirilor plătite pentru fiecare Caz asigurat nu poate depăși 2400 LEI.

B. Indemnizația în caz de Deces

În cazul în care a survenit Decesul Asiguratului ca urmare a unui Accident consecință exclusivă a practicării unui Sport de Iarnă așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare și este confirmat în baza certificatului constatator al morții, Asiguratul acordă moștenitorilor legali ai Asiguratului o indemnizație în valoare de 2000 LEI.

4.4. Teritoriul acoperit prin asigurare

4.4.1. Asiguratul acordă acoperire prin Asigurare numai pentru Evenimentele asigurate, conform prezentelor condiții de asigurare, produse pe Teritoriul acoperit prin Asigurare.

Cap. 5 RISCURI CUPRINSE ÎN ASIGURARE

5.1. Asiguratul despăgubește, în limitele specificate la cap. 4.3., cu respectarea excluderilor conform cap. 6, Cheltuielile medicale de urgență și Cheltuielile de asistență ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat, astfel:

A. Cheltuieli medicale de urgență:

a) consultații medicale ambulatorii;

b) medicamente;

c) investigații recomandate a fi strict necesare, în urma consultației, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea;

d) tratament ambulatoriu care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsura în care își păstrează caracterul de urgență;

e) spitalizare;

f) a două consultații medicale care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsura în care își păstrează caracterul de urgență;

g) asistență medicală oftalmologică și medicația aferentă, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;

h) asistență medicală stomatologică și medicația aferentă, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident.

B. Cheltuieli de asistență numai când Teritoriul asigurat este altul decât România:

a) repatrierea Asiguratului accidentat aflat în imposibilitatea de a se deplasa în condiții normale, numai cu aprobarea expresă a Asiguratului;

b) căutare și salvare;

c) Transport sanitar de urgență;

d) transport medic, numai dacă în localitate nu există medic și/sau diagnosticul impune deplasarea acestuia.

Cap. 6 EXCLUDERI

6.1. Asiguratul nu acordă Despăgubire pentru:

A. Accidentele survenite datorită altor evenimente, care nu sunt acoperite prin prezentele condiții de asigurare.

B. Cheltuieli privind:

a) asistența medicală pentru îmbolnăviri de orice fel;

b) asistența medicală oftalmologică, stomatologică și medicația aferentă, dacă nu reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;

c) asistența medicală acordată după Stabilizarea stării de sănătate (reveniri, tratamente ulterioare și controale ale stării sănătății), costurile acestora fiind suportate de Asigurat;

d) consultații medicale ambulatorii sau spitalizare care se limitează la investigații medicale fără tratament de urgență;

e) asistență medicală și medicația aferentă acordată Asiguratului de către rude sau însoțitori, dacă nu justifică salvarea vieții Asiguratului;

f) tratamente și intervenții de chirurgie estetică, plastică cu excepția chirurgiei reparatoare ca urmare a unui Accident;

g) intervenții chirurgicale pentru implant de organe artificiale sau aparate medicale care înlocuiesc organe sau regularizează funcții ale unor organe și pentru transplant de organe și de țesut de orice fel;

h) servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului în vederea efectuării tratamentului sau care nu sunt impuse ca urmare a unei Vătămări corporale grave din Accident;

i) tratamente medicale sau intervenții chirurgicale care pot fi amânate până la revenirea în România când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România;

j) orice asistență când Teritoriul acoperit prin Asigurare este România;

k) terapia fizică și psihică, kinetoterapie, cure de orice fel (termale, fizioterapie, etc.), recomandate sau nerecomandate în urma unui Accident, perioadele petrecute în case de odihnă, recuperare;

l) execuția, repararea și întreținerea ochelarilor, lentilelor de contact, aparatelor medicale (stimulatori cardiace, orice aparat implantat temporar sau definitiv în scopul înlocuirii sau regularizării unor funcții ale organismului, etc.), a protezelor, ortezelor, cărțelor, cadrelor metalice și accesoriilor medicale de orice fel, inclusiv închirierea acestora;

m) proceduri și tratamente aparținând de medicina preventivă sau alternativă;

n) suplimente generate de cazarea în camere spitalicești single sau tip rezervă;

o) răspunderea civilă asupra terțelor persoane în cazul lovirii, accidentării, rănirii sau distrugerii de proprietăți în urma practicării Sporturilor de Iarnă;

p) distanța echipamentului necesar practicării Sporturilor de Iarnă în zona Accidentului.

C. Consecințele directe și indirecte ale:

a) practicării Sporturilor de Iarnă deși s-a emis o atenționare din partea autorităților locale de vreme neprietnică, pericol de avalanșă, vânt puternic, furtună, etc.;

**CONDITII DE ASIGURARE SPORTURI DE IARNA - POLITA DYNAMIC**

e) culpei Asiguratului, expunerii voite sau ireponsabile a acestuia la pericole care pot genera vătămări corporale grave, cele ale insuficienței mășurilor de prevenire, prevedere și evitare din partea Asiguratului, precum și cele cauzate de terți;

f) nerespectarea regulilor sau a legilor în zonele destinate practicării Sporturilor de iarnă;

g) participării Asiguratului la orice fel de competiție, concurs, demonstrație sau tentativă de record;

h) practicării de performanță a Sporturilor de iarnă;

i) practicării Sporturilor de iarnă sub influența alcoolului, drogurilor, a consumului excesiv de medicamente fără prescripție medicală sau dacă Asiguratul suferă de alcoolism sau este dependent de droguri;

j) oricăror afecțiuni, boli ori stări patologice preexistente Perioadei asigurate prin prezentul Contract de asigurare, indiferent dacă erau cunoscute sau necunoscute, respectiv tratate sau netratate anterior Perioadei asigurate, precum și orice Accident generat sau favorizat de acestea;

k) bolile mintale și psihice, anomaliilor sau malformațiilor congenitale sau ale întăzierilor psihice, dereglărilor neuroase sau mentale, indiferent de clasificarea lor, problemelor psihiatrice sau psihotice, depresii de orice fel, alienării mentale, ale oricăror tratamente psihanalitice și psihologice precum și oricărei tulburări emoționale;

l) stării de graviditate, în orice fază a acesteia, ale nașterii, contracepției sau întreruperii sarcinii și consecințelor acestora, investigații pentru fertilitate precum și ale oricăror boli sau complicații ale organelor de reproducere;

m) tratamentelor sau procedurilor medicale cu caracter experimental nerecunoscute din punct de vedere medical, neautorizate de instituțiile medicale și de asigurarea socială;

n) oricăror evenimente produse pe durata practicării Sporturilor de iarnă, altele decât cele definite în prezentele condiții de asigurare.

6.2. Asiguratul nu este obligat să achite despăgubiri dacă:

a) Asiguratul sau gazda, însoțitorul, Medicul care a acordat asistență, unitatea medicală, etc., nu a informat Asiguratul de existența Cazului asigurat și cheltuielile efectuate în termenul prevăzut la art. 7.1 și art. 7.2.;

b) Asiguratul a efectuat orice alte cheltuieli care nu fac obiectul prezentului Contract de asigurare;

c) Accidentul este urmare a practicării unui alt Sport de iarnă decât cel pentru care a Asiguratul/Contractantul a optat, menționat în Polița de asigurare;

d) s-a efectuat orice cheltuielă în legătură cu Decesul Asiguratului;

e) s-a efectuat acțiunea de căutare și salvare din locuri greu accesibile, datorate practicării Sporturilor de iarnă în zone neamenajate, nerecomandate pentru practicarea acestor activități;

f) serviciile medicale și/sau de asistență s-au efectuat peste măsura necesității medicale;

6.3. Asiguratul nu despăgubește cheltuielile medicale și/sau de asistență rezultate în urma aplicării unor tarife mai mari decât cele uzuale practicate de alți furnizori în țara respectivă.

Cap. 7 OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

7.1. La producerea evenimentului, Asiguratul este obligat să contacteze înainte de orice intervenție medicală Centrala de apel NON-STOP a Asiguratului la numărul de telefon, fax, adresa de e-mail înscrise în Polița de asigurare, precizând: numele și prenumele, seria și numărul Poliței de asigurare, informații detaliate cu privire la evenimentul produs, adresa la care se află și numărul de telefon la care poate fi contactat.

7.2. Dacă Asiguratul este în imposibilitatea obiectivă de a îndeplini obligația prevăzută la art. 7.1., atunci obligația acestuia trece asupra: gazdei, însoțitorului, Medicului care acordă asistență, unității medicale, etc.. În acest caz termenul este de maxim 48 de ore de la data și ora la care s-a produs evenimentul.

7.3. Sporturile de iarnă așa cum sunt definite în prezentele condiții de asigurare, pot fi practicate de Asigurat numai:

a) în absența oricăror afecțiuni sau stări patologice cunoscute ori dovedite ulterior, care ar putea amplifica riscul producerii unui Accident;

b) cu echipament complet și corespunzător din punct de vedere tehnic;

c) sub supravegherea instructorilor, monitorilor, ghizilor sau persoanelor autorizate, atunci când este cazul;

d) pe traseele, zonele care sunt special amenajate sau recomandate.

7.4. În cazul survenirii unui Eveniment asigurat, Asiguratul trebuie să depună orice efort pentru limitarea/stoparea consecințelor și/sau costurilor acestuia.

7.5. Asiguratul trebuie să permită accesul liber al reprezentanților Asiguratului pentru evaluarea stării sale de sănătate.

7.6. În situația în care se efectuează repatrierea Asiguratului accidentat aflat în imposibilitatea de a se deplasa în condiții normale iar valoarea acesteia depășește 600 EUR, Asiguratul va avea obligația să plătească Asiguratului, valoarea diferenței în termen de 30 zile de la primirea facturii.

7.7. Asiguratul trebuie să transmită Asiguratului, în maxim 30 de zile de la finalizarea serviciilor medicale și/sau de asistență acoperite prin prezentul Contract de asigurare:

a) declarația detaliată cu privire la evenimentul produs, descrierea acestuia cu menționarea:

- cauzelor care au dus la producerea evenimentului;
- serviciilor medicale și/sau de asistență de care a beneficiat;
- în cazul în care a fost implicată și o terță parte: informațiile necesare pentru contactarea acesteia și dacă este posibil, acoperirea prin asigurare a terței părți, orice rapoarte ale poliției sau altei autorități competente referitoare la Accident, precum și circumstanțele detaliate ale Accidentului, numele martorilor;

b) cererea de despăgubire care să conțină obligatoriu:

- date personale (nume, prenume, domiciliu stabil/adresă de corespondență, cetățenie, telefon de contact);
- seria, numărul Poliței de asigurare și Perioada asigurată;
- declarația Asiguratului dacă a încheiat alte contracte de asigurare pentru aceleași riscuri acoperite de prezentul Contract de asigurare;
- natura evenimentului produs, locul, data și ora producerii acestuia;
- valoarea serviciilor medicale și/sau de asistență acordate ca urmare evenimentului produs;
- enumerarea tuturor documentelor anexate;
- data și semnătura olografă.

c) documente anexate cererii de despăgubire:

- copia certificatului de naștere;
- copia cărții de identitate;
- copia pașaportului;
- toate documentele medicale în original necesare pentru atestarea diagnosticului și a tratamentului urmat (raportul medical care descrie starea de sănătate, natura și gradul vătămărilor corporale furnizând un diagnostic exact);
- totalitatea facturilor originale emise de furnizorii de servicii medicale și/sau de asistență precum și documente originale care să ateste achitarea serviciilor respective;
- dovezi de achiziționare a biletelor sau a permiselor de acces pe traseele amenajate sau zonele recomandate pentru practicarea Sporturilor de iarnă;
- rapoarte oficiale cu privire la eveniment de la autoritățile competente (poliție, salvamont, autorități locale, etc.);
- dovezi de închiriere sau posesie a echipamentului necesar practicării Sporturilor de iarnă;
- orice alte documente pe care Asiguratul le consideră relevante pentru clarificarea circumstanțelor în care s-a produs evenimentul.

- în cazul asistenței medicale stomatologice, facturile și documentele medicale trebuie să conțină informații privind dinți tratați și tratamentul aplicat;

- în cazul Decesului, copie legalizată a certificatului constatator al morții, a certificatului oficial de deces precum și documente legale care să ateste calitatea de moștenitor legal al Asiguratului;

- orice alte documente considerate de Asigurat necesare în vederea soluționării cererii de despăgubire.

7.8. În cazul aprobării Despăgubirii:

a) trebuie optat pentru modul în care se va efectua plata:

- numerar la sediul Asiguratului;
- mandat poștal;
- virament bancar în contul IBAN (lei) indicat, menționând banca și sucursala.

b) totalitatea documentelor depuse rămân la dosarul de daună.

7.9. Sancțiunea în cazul nerespectării obligațiilor Asiguratului

În cazul în care Asiguratul nu respectă vreuna din obligațiile de mai sus, Asiguratul este eliberat de obligația plății.

Cap. 8 STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRII

8.1. Asiguratul acordă Despăgubire numai pentru cheltuielile medicale de urgență și/sau de asistență efectuate de Asigurat în Perioada asigurată, fiind exonerat de obligația plății pentru orice costuri efectuate în afara acestei perioade.

8.2. Asiguratul acordă Despăgubire numai pentru cheltuielile medicale de urgență și/sau de asistență efectuate până la Stabilizarea stării de sănătate a Asiguratului.

8.3. În cazul producerii mai multor Evenimente asigurate în cadrul aceleiași Perioade asigurate, Suma asigurată se diminuează începând cu cel de-al doilea Eveniment asigurat cu suma plătită de Asigurat pentru serviciile de care deja a beneficiat Asiguratul. Sumele plătite pe tipuri de cheltuieli vor fi deduse din valoarea maximă asigurată.

8.4. Facturile întocmite în Germania și recunoscute de către Asigurat vor fi achitate la factorul unitar (1,8 pentru prestații medicale respectiv 1,15 pentru prestații tehnice sau laborator) în conformitate cu GOÄ și GOZ, comparabil cu cesele legale de sănătate AOK.

8.5. Asiguratul acordă Despăgubire numai pentru cheltuielile care nu sunt acoperite prin efectul altor asigurări. În cazul existenței unui alt tip de contract de asigurare care acoperă integral ori parțial aceleași riscuri, Asiguratul va acorda Despăgubire, în limitele Sumei asigurate, numai pentru cheltuielile care exced celor de care Asiguratul beneficiază în baza altor asigurări.

8.6. Toate documentele întocmite de furnizorii de servicii medicale de urgență și/sau asistență, trebuie să conțină: numele/denumirea și adresa emitenților, a plătitorului, numele, prenumele și data nașterii Asiguratului, obiectul facturării (detalierea tuturor prestațiilor efectuate), decodificat (în cuvinte).

Asiguratul poate pretinde ca documentele mai sus menționate emise într-o limbă străină să fie însoțite de o traducere autorizată în limba română, costurile acesteia fiind suportate de către Asigurat. În cazul în care Asiguratul suportă costul traducerii, acesta va fi scăzut din Despăgubirea cuvenită.

8.7. Asiguratul are obligația de a acorda Asiguratului, la cerere, toate informațiile exacte și complete necesare determinării Cazului asigurat și a cuantumului Despăgubirii.

8.8. Asiguratul, la cererea Asiguratului, este obligat să prezinte dovezi cu privire la data reală a începerii călătoriei când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România.

8.9. Asiguratul trebuie să declare dacă a încheiat și alte contracte de asigurare pentru aceleași riscuri acoperite de prezenta Asigurare.

8.10. Prin polița Poliței de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, Asiguratul este de acord ca în cazul apariției unui Eveniment asigurat să permită Asiguratului să obțină în numele său orice informație necesară pentru soluționarea Cazului asigurat de la terți, instituții medicale, Medici sau orice alt personal medical, societăți de asigurare, etc., eliberându-i de obligația păstrării secretului profesional. Informațiile obținute de Asigurat conform prezentului articol vor fi utilizate exclusiv în scopul soluționării dosarului de daună.

8.11. În situația în care Asiguratul nu și respectă obligațiile prevăzute la cap. 7 art. 7.1 și art. 7.2, și motivul nerespectării este acceptat de către Asigurat ca posibil impediment al respectării obligațiilor respective, Asiguratul poate decide în cazuri cu totul excepționale să despăgubească prin derogare de la prezentele condiții de asigurare până la limita maximă de:

a) 300 EUR pe întreaga Perioadă asigurată când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România;

b) 500 LEI pe întreaga Perioadă asigurată când Teritoriul acoperit prin Asigurare este România.

În această situație transmiterea documentelor conform obligației Asiguratului de la cap. 7 art. 7.7, se va face în termen de 3 zile lucrătoare de la data întoarcerii Asiguratului la domiciliul său.

8.12. Asiguratul are dreptul să refuze plata Despăgubirii dacă:

a) Asiguratul nu și îndeplinește obligațiile sau nu se conformează instrucțiunilor Asiguratului;

b) în declarațiile Asiguratului, se constată neadevăruri, falsuri, aspecte frauduloase sau în mod evident exagerări. În aceste situații Polița de asigurare devine nulă și nu mai poate produce efecte juridice;

c) se constată nerespectarea oricăror prevederi ale prezentului Contract de asigurare.

8.13. Decontările se efectuează numai cu Asiguratul. Asiguratul, la opțiunea sa, în unele cazuri, poate achita controvaloarea cheltuielilor medicale de urgență și/sau de asistență, direct furnizorilor serviciilor respective.

8.14. Asiguratul va achita Despăgubirea și/sau Indemnizația în caz de Deces stabilită în baza prezentului Contract de asigurare, în termen de 15 zile lucrătoare de la data primirii ultimului document care a dus la finalizarea dosarului de daună, astfel:

a) în lei, la cursul de schimb al BNR valabil la data plății Despăgubirii când Teritoriul acoperit prin Asigurare este altul decât România;

b) în lei când Teritoriul acoperit prin Asigurare este România.

Cap. 9 SOLUȚIONAREA DIVERGENTELOR ȘI LITIGIILOR

9.1. Dacă Asiguratul a respins total sau parțial o pretenție de plată, este exonerat de obligația plății dacă Asiguratul nu ridică pretenția prin instanța de judecată în termen de șase luni de la refuzul scris al Asiguratului.

9.2. În legătură cu orice litigiu privind raportul dintre Asigurat și Asigurat, părțile prezentului Contract de asigurare înțeleg să încerce rezolvarea acestuia pe cale amiabilă, prin desfășurarea la sediul Asiguratului a cel puțin unei întâlniri de conciliere, conform prevederilor legale în vigoare. În cazul în care procedura de conciliere rămâne fără rezultat, litigiul se va supune spre rezolvare instanțelor de judecată competente din România.

9.3. Pentru costurile pe care Asiguratul le suportă, cu toate că acestea nu constituie o obligație de plată conform prezentelor condiții de asigurare, Asiguratul își rezervă dreptul de a obține returnarea acestora de la Asigurat pe căile legale.

În cazul în care Asiguratul face plăți de despăgubire sau emite garanții de preluare a cheltuielilor pentru evenimente care ulterior se constată că nu se încadrau în condițiile de asigurare, Asiguratul, unitatea medicală, unitatea de asistență au obligația de a restitui Asiguratului aceste sume în maxim 15 zile de la solicitarea lor de către Asigurat, iar Asiguratul nu va avea nicio răspundere față de Asigurat sau față de cei către care a fost emisă garanția de preluare a cheltuielilor.

9.4. Încercarea de înșelătorie, falsificarea de documente în scopul fraudării Asiguratului de către Asigurat sau cei care înlesnesc asemenea fapte, se vor sancționa potrivit legii penale.

Cap. 10 SUBROGAREA ȘI REGRESUL

10.1. În limitele Despăgubirii plătite, Asiguratul este subrogat în toate drepturile Asiguratului contra celor răspunzători de producerea pagubei.

10.2. Asiguratul răspunde de prejudiciile aduse Asiguratului prin acte care ar împiedica realizarea dreptului prevăzut la articolul precedent.

Cap. 11 LEGEA APLICABILĂ

11.1. Legea aplicabilă prezentului Contract de asigurare și procedurii de soluționare a litigiilor este, în toate cazurile, legea română.

11.2. Orice divergență, care s-ar naște cu privire la interpretarea clauzelor prezentului Contract de asigurare după traducerea acestuia din limba română în oricare limbă străină, se soluționează potrivit textului original redactat în limba română.

Cap. 12 DISPOZIȚII FINALE

12.1. Toate comunicările între Asigurat și Asigurat în baza prezentului Contract de asigurare se vor face întotdeauna în scris.

12.2. Prin plata Poliței de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, Asiguratul este de acord în mod expres și neechivoc ca datele sale personale înscrise în Polița de asigurare să fie utilizate de Asigurat în scopuri statistice și de evidență. Datele astfel obținute nu vor putea fi prelucrate decât de Asigurat, acesta obligându-se să nu furnizeze respectivele date către terți.

12.3. Asiguratul are dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra datelor și dreptul de opoziție, așa cum acestea sunt reglementate de dispozițiile art. 13, 14 respectiv 15 din Legea 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Asiguratul își poate exercita drepturile prevăzute în alineatul precedent, depunând la Asigurat o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să fie comunicate la o anumită adresă care poate fi și de poșta electronică sau print-un serviciu de corespondență care să asigure că predatea i se va face numai personal.

12.4. Titlurile capitelor/articolelor nu produc efecte juridice, ele fiind pur orientative, conținutul acestora fiind cel care primează. Interpretarea conținutului unui capitol, articol sau al unui alineat se va face în contextul tuturor prevederilor acestui Contract de asigurare.

12.5. Drepturile de Despăgubire dobândite în baza prezentului Contract de asigurare nu pot fi cesionate și nici transferate către terțe persoane decât cu acordul expres al Asiguratului.

12.6. Lipsa invocării unui drept sau beneficiu, recunoscut uneia dintre părți prin prezentul Contract de asigurare, nu reprezintă o renunțare la dreptul sau beneficiul respectiv.

12.7. Asiguratul răspunde față de Asigurat pentru prejudiciile aduse prin acte care ar împiedica exercitarea dreptului de regres împotriva persoanelor răspunzătoare de producerea Evenimentului asigurat. Dacă Asiguratul renunță la drepturile sale de despăgubire față de terții răspunzători, dă descărcare sau face o tranzacție, etc., despăgubirea care ar fi fost cuvenită se va reduce în mod corespunzător cu sumele care au făcut obiectul acestor acte juridice. Dacă despăgubirea a fost deja plătită, Asiguratul este obligat să împoaze despăgubirea încasată.

12.8. În vederea protejării asiguratului este constituit prin contribuția asiguratului Fondul de garanție, destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare în cazul constatării insolvențabilității asiguratului.

12.9. Prin plata Poliței de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, Asiguratul/Contractantul declară că a luat la cunoștință informațiile prevăzute de legislația în vigoare, precum și conținutul prezentelor condiții de asigurare înainte de emiterea Poliței de asigurare, declarând expres că a analizat și cunoaște limitările în timp și de conținut inserate în prezentele condiții de asigurare și le consideră rezonabile, utile și necesare.