



## GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A.

ROMANIA, 031142 Bucuresti 4 - sector 3, Str. Emil Găleanu 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: 8.150.000 RON; Reg. Com. nr. J40/7054/1995; Cod unic Inreg: 7804274

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

## Document cu caracter informativ

### CONDITII DE ASIGURARE - POLITA ADVENTURE

#### Cap. 1 OBIECTUL ASIGURĂRII

1.1. Prin contractul de asigurare care se încheie între GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A. - GERROMA, denumită în continuare Asigurător și persoane fizice/juridice pentru beneficiari persoane fizice având vârstă cuprinsă între 7 și 64 ani, cu domiciliu/reședință în România, care călătoresc în străinătate, denumite în continuare Asigurați, Asigurătorul se obligă, ca în cazul producării unui Eveniment asigurat, să acorde Despăgubire în baza prezentelor condiții de asigurare pentru Cheltuielile medicale de urgență ocasionate de:

a) îmbolnăvire subtită și imprevizibilă care prezintă pericol pentru viața Asigurătorului;

b) vătămare corporală gravă a Asigurătorului ca urmare a unui Accident.

1.2. Încheierea Contractului de asigurare, respectiv emiterea Politei de asigurare, se face prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului pe baza datelor furnizate de Asigurător/Contractant și completate în Chestionarul electronic din aceasta aplicație.

#### Cap.2 DEFINIȚII

2. 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, care produce vătămări corporale grave ce pot fi stabilită în mod obiectiv și care periclită viața sau continuarea normală a călătoriei, ori care are ca rezultat decesul Asigurătorului.

**2.2. Asigurare** – asigurare medicală pentru călătorii în străinătate reglementată de Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului și de prezentele condiții de asigurare.

**2.3. Asigurat** – persoana fizică cu domiciliu/reședință în România, menționată în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului, care are un Contract de asigurare valabil încheiat cu Asigurătorul.

**2.4. Asigurător** – societatea de asigurare GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A. - GERROMA cu sediul în București, str. Emil Găleanu 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. Boala preexistăntă** – orice afecție manifestată anterior Perioadei asigurate sau cu simptomele care confirmă diagnosticul stabilit în cursul Perioadei asigurate, pentru care s-a stabilit, recomandat, solicitat sau în mod rezonabil ar fi trebuit să se solicite sau să se acorde tratament medical la o dată oarecare înaintea începerii Perioadei asigurate.

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

**2.7. Caz asigurat** – Eveniment asigurat produs.

**2.8. Cheltuieli medicale de urgență** – cheltuieli în legătură cu serviciile medicale care se impun fără întârziere, în scopul ameliorării sau stabilizării stării de sănătate a Asigurătorului, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat. Nu se consideră urgență medicală acele situații în care intervenția de orice natură a medicalului este anamănată mai mult de 24 de ore de la data și ora apariției Evenimentului asigurat; cheltuielile medicale apărute în astfel de circumstanțe nu sunt considerate a fi de urgență, urmând în consecință să nu facă obiectul prezentului Contract de asigurare. De asemenea își pierd caracterul de urgență cheltuielile medicale solicitate în condiții 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.

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

**2.10. Contract de asigurare** – Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului 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 fără de Asigurător să plătească Prima de asigurare. Vârsta Contractantului trebuie să fie de minim 18 ani.

**2.12. Decesul** – încrezărea din viață a Asigurătorului ca urmare a unui accident consecință exclusivă a practicării unui Sport extrem și de agerment sau 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 Asigurătorul o suportă în urma producării unui Eveniment asigurat care nu poate depăși Suma asigurată.

**2.14. Eveniment asigurat** – orice Accident sau îmbolnăvire subtită și imprevizibilă (așa cum sunt definite în prezentele condiții de asigurare) care prezintă pericol pentru viața Asigurătorului, survenite exclusiv în Perioada asigurată și pe Teritoriul acoperit prin Asigurare, pentru care Asigurătorul acordă Despăgubire potrivit prezentelor condiții de asigurare.

**2.15. Indemnizația în caz de deces** – suma de bani plătită mostenitorilor legal ai Asigurătorului în cazul Desechelui Asigurătorului așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare.

**2.16. Îmbolnăvire** – orice modificare organică sau funcțională a stării de sănătate a organismului, declanșată exclusiv în interiorul Perioadei asigurate de prezentul Contract de asigurare, excluzând orice boală, afecțiune, ori stare patologică preexistăntă Perioadei asigurate, indiferent dacă era cunoscută ori necunoscută, tratată ori netratată anterior Perioadei asigurate.

**2.17. Medic** – persoana recunoscută ca medic practicant în țara în care a survenit Evenimentul asigurat, excluzând Asigurătorul însuși, soțul/sorția, rudele acestuia sau persoanele care însoțesc Asigurătorul de călătorie.

**2.18. Medicamente** - medicamente prescrise de Medic și cumpărate din farmacie, atât timp cât prescrierea constituie un sprinț al tratamentului, cu excepția vitaminelor, preparatelor întăritoare, preparatelor cosmetice chiar dacă sunt prescrise de Medic.

**2.19. Participație proprie/Franțiză** – suma de bani stabilă la emiteră prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului a Politei de asigurare, conform opțiunii Asigurătorului/Contractantului furnizată și completată în Chestionarul electronic, care urmează a fi suportată de Asigurător și care se scade din Despăgubirea cuvenită.

**2.20. Perioada asigurată** - interval de timp, stabilit și inscris în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului, conform opțiunii Asigurătorului/Contractantului furnizată și completată în Chestionarul electronic. Asigurătorul acordă asigurare exclusiv pentru această perioadă și numai pentru Evenimentele asigurate care au debutat în această perioadă. Perioada asigurată nu poate fi mai mică de 2 zile și nu va depăși 365 de zile.

**2.21. Poliță de asigurare** – document emis prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului, pe baza datelor furnizate de Asigurător/Contractant și completate în Chestionarul electronic din aplicația electronică a Asigurătorului, care se consideră valabil după achiziția integrală a Primei de asigurare, prin care se probează existența Asigurător. Poliță de asigurare cuprinde mențiuni privind Asigurător, Perioada asigurată, Teritoriul acoperit prin Asigurare, Franțiză, alte opțiuni ale Asigurătorului/Contractantului și valoarea Primei de asigurare.

**2.22. Prima de asigurare** – suma de bani plătită de Asigurător/Contractant înainte de emiteră prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului a Politei de asigurare.

**2.23. Regula proporționalității** – Asigurător GERROMA, implică în același timp în unul și același Eveniment asigurat, vor beneficia de despăgubirea cuvenită în mod proporțional cu numărul lor, în cazul în care acesta este mai mare de 20 (douăzeci), luându-se în considerare limitele valorice stabilite în funcție de consecințele evenimentului, de tipul cheltuielilor și de locul producării evenimentului, fără însă ca prin însumarea valorilor despăgubirilor să se poată depăși limita sumei per eveniment și limita sumei asigurate pentru persoana.

**2.24. Sporturi extreme și de agrement** – sunt cuprinse în prezentele condiții de asigurare sub denumirea de Sporturi extreme și de agrement următoarele activități:

- nautice: canioning, surfing, kayaking, kitesurfing, rafting, scubadiving, schi nautic, windsurfing, caiac canoe, navigație cu vase prevăzute cu vele, jet-ski;
- aero: kiting, bungee-jumping, deltăplan, parapantă, planor, parașutism;
- terestre: adventure race, alpinism, role, patinaj pe gheată, skateboard, escaladă;
- pe roți: ciclism cu MTB și MBX;
- alte sporturi: volei, handbal, baschet, fotbal, tenis de masă, tenis de câmp;
- sporturi cu motor: ATV, motorete, snowmobile;
- painball;
- trambulină;
- prelungiri cu arme de foc, arme cu aer comprimat, arcuri, arbatele);
- pescuit cu harpon cu resort sau aer comprimat, vânătoare sportivă, călărie, speologie.

**2.25. Stabilizarea stării de sănătate** – are în vedere acea situație în care scade riscul de evoluție sau de complicație imediată a bolii imprevizibile ori de deces a Asigurătorului.

**2.26. Suma asigurată** – limita maximă a Răspunderii Asigurătorului conform prezentelor condiții de asigurare.

**2.27. Teritoriul acoperit prin Asigurare** – teritoriul jăriilor menționate în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului conform opțiunii Asigurătorului/Contractantului furnizată și completată în Chestionarul electronic, altele decât România și teritoriul statului să căreia cetețenie o deține Asigurat.

**2.28. Transport sanitar de urgență** – este acel serviciu care presupune utilizarea unui mijloc de transport utilat din punct de vedere medical numai atunci când starea sănătății Asigurătorului impune acest lucru, pentru :

- prelungirea Asigurătorului de la locul unde acesta se află la momentul producării evenimentului în vederea transportării sale până la cea mai apropiată unitate medicală adecvată;

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

**2.29. Vătămare corporală gravă** – afectare majoră a integrității corporale a Asigurătorului ca urmare a unui Eveniment asigurat.

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

#### Cap.3 ÎNCHIEIREA SI DENUNTAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

##### 3.1. Încheierea Contractului de asigurare

3.1.1. Contractul de asigurare se încheie înainte de începerea călătoriei în străinătate.

3.1.2. Contractul de asigurare se consideră valabil încheiat după plată de către Asigurător/Contractant a Primei de asigurare și emiteră de către Asigurător sau intermediarul în asigurări autorizat de către Asigurător, a Politei de asigurare, prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului.

3.1.3. Orice neconcordanță existentă între solicitările și datele Asigurătorului furnizate și completate în Chestionarul electronic și cele înscrise în Polița de asigurare, se anunță de către Asigurător/Contractant prin-tr-o adresă scrisă trimisă către Asigurător, în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la data emiterii Politei 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 Asigurătorului/Contractantului, cu minim 24 de ore înaintea începerii Perioadei asigurate.

3.2.2. Denunțarea, indiferent de motivul ei, duce la rambursarea de către Asigurător sau intermediarul în asigurări autorizat de către Asigurător, Asigurătorul/Contractantul a Primei de asigurare mai puțin o sumă penalizatoare, stabilită de către Asigurător, reprezentând cheltuieli efectuate de Asigurător în legătură cu emitera Politei de Asigurare.

##### 3.3. Prima de asigurare

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

3.3.2. Prima de asigurare se plătește integral de către Asigurător/Contractant înaintea emiterii prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului a Politei de asigurare.

#### Cap. 4 RĂSPUNDEREA ASIGURĂTORULUI

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

##### 4.2. Începere, durată și incetarea răspunderii Asigurătorului

4.2.1. Pentru Contractele de asigurare încheiate înainte de începerea călătoriei în străinătate, când Asigurătorul se află pe teritoriul României, răspunderea Asigurătorului începe la ora 00:00 a primei zile din Perioada asigurată, dar nu înainte de momentul intrării Asigurătorului pe Teritoriul acoperit prin Asigurare și începe 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 în străinătate, când Asigurătorul se află pe teritoriul

României, răspunderea Asigurătorului începe după două ore de la momentul încheierii, dar nu înainte de momentul intrării Asigurătorului pe Teritoriul acoperit prin Asigurare și începe la ora 24:00 a ultimei zile din Perioada asigurată, pe Teritoriul acoperit prin Asigurare.

##### 4.3. Răspundere maximă a Asigurătorului

4.3.1. Suma asigurată, respectiv răspunderea maximă a Asigurătorului, în baza prezentului Contract de asigurare, nu va depăși 10.000 EUR.

Cumul Despăgubirilor plătite pentru fiecare Caz asigurat nu poate depăși 5.000 EUR, după cum urmează:

- a) consultații medicale ambulatorii în valoare maximă de 30 EUR;
- b) medicamente în valoare maximă de 50 EUR;

- c) analize de laborator recomandate a fi strict necesare, în urma consultării, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea, în valoare maximă de 50 EUR;

- d) alte investigații recomandate a fi strict necesare, în urma consultării, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea, în valoare maximă de 50 EUR;

- e) Transport sanitar de urgență în valoare maximă de 100 EUR;

- f) transport medic în valoare maximă de 50 EUR, numai dacă în localitate nu există medic și/sau diagnosticul impune deplasarea acestuia;

- g) a două consultații medicale ambulatorii care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsură în care își păstrează caracterul de urgență, în valoare maximă de 20 EUR;

- h) spitalizare în valoare maximă de 2.500 EUR, inclusiv Transport sanitar de urgență. Valoarea maximă a unei zile de spitalizare suportată de Asigurător în cazul apariției unui Eveniment asigurat nu va depăși suma de 500 EUR, indiferent de categoria unității medicale, clasa de îngrijire și specialitatea medicală, fără a lăua în calcul zila externării care nu este despăgubită;

- i) asistență medicală oftalmologică și medicația aferentă în valoare maximă de 50 EUR, numai dacă reprezintă consecință exclusivă a unui Accident.

- j) asistență medicală stomatologică și medicația aferentă, în valoare maximă de 100 EUR, numai dacă reprezintă consecință exclusivă a unui Accident.

- k) asistență medicală oftalmologică și medicația aferentă, numai dacă reprezintă consecință exclusivă a unui Accident.

- l) asistență medicală stomatologică și medicația aferentă, numai dacă reprezintă consecință exclusivă a unui Accident.

- m) asistență medicală oftalmologică și medicația aferentă, numai dacă reprezintă consecință exclusivă a unui Accident.

- n) asistență medicală stomatologică și medicația aferentă, numai dacă reprezintă consecință exclusivă a unui Accident.

- o) consultații medicale ambulatorii;

- p) medicamente;

- q) analize de laborator recomandate a fi strict necesare, în urma consultării, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea;

- r) alte investigații recomandate a fi strict necesare, în urma consultării, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea;

- s) Transport sanitar de urgență;

- t) consumul de alcool, droguri, consumul excesiv de medicamente ori ale consumului de medicamente fără prescripție medicală;

- u) accidentelor nucleare, radiațiilor sau ale acțiunii materialelor sau stăncelor radioactive;

- v) tratamentele sau procedurile medicale cu caracter experimental nerecunoscute din punct de vedere medical, neautorizate de instituțiile medicale și de asigurarea socială, precum și ale oricărui bolii necunoscute sau care au cauze necunoscute din punct de vedere medical;

- w) oricărui eveniment produse pe durata prestării unor activități remunerate în străinătate, în baza unui contract de muncă sau a unei înțelegeri încheiate în străinătate sau în absență acestora, inclusiv pe perioada deplasării către sau de la locul de desfășurare;

- x) oricărui eveniment produse pe durata practicării Sporturilor extreme și de agrement, altele decât cele definite în prezentele condiții de asigurare;

- y) participarea la orice competiție sportivă oficială;

- z) călătorie Asigurătorul, expunere voită sau irresponsabile a acestuia la periole care pot genera vătămări corporale grave sau îmbolnăviri, inclusiv cauzate direct sau indirect de radiația solară, cele ale insuficienței măsurilor de prevenire, prevedere și evitare din partea Asigurătorului, precum și cele cauzate de terți;

- aa) bolii de piele, bolilor mintale și psihiice, anomalii sau malformații congenitale sau ale întărizierilor psihiice, dereglașirii nervoase sau mentale, indiferent de clasificarea lor, problemelor



## GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A.

ROMANIA, 031142 Bucuresti 4 - sector 3, Str. Emil Garleanu 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: 8.150.000 RON; Reg. Com. nr. J40/7054/1995; Cod unic Inreg: 7804274

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

## CONDITII DE ASIGURARE - POLITA ADVENTURE

psihiatrică sau psihotice, depresiilor de orice fel, alienărilor mentale, ale oricărui tratament psihanalitic și psihologice precum și oricărei tulburări emotionale;

i) răzbătoarelor (declarate sau nu), invaziilor, insurecțiilor, activităților militare, rebeliunilor, revoluțiilor, răscoalelor, terorismului, tulburărilor civile, grevelor, legilor mărtjănești, interdicțiilor sau restricțiilor oficiale, sabotajelor ori atenționelor și manifestațiilor cu acte de violență, participării Asiguratului la orice acțiune condamnată de lege, demonstrațiilor, actelor temerare ale Asiguratului;

m) valurilor mareice seismice, eruptiilor vulcanice, avalanșelor, alunecărilor de teren, prăbușinilor de rocă, surpăriilor subterane, tornadelelor;

n) Catastrofelor naturale;

o) următoarelor bolii sau afecțiuni, indiferent dacă au fost sau nu diagnosticate anterior emiterii online a Politei de asigurare: TBC, astm, anemie, hipertensiune arterială, cancer, litiază renală, litiază biliară, diabet, osteoporoză și arteroscleroză, osteomalacie, rahițism, tulburări metabolice, boli venenice, SIDA sau infecții aflate în relație cu SIDA.

C. Cheltuieli privind:

a) diagnostice și tratamente efectuate sau prescrise în România;

b) asistență medicală oftalmologică și medicația aferentă, dacă nu reprezintă consecință exclusivă a unui Accident;

c) asistență medicală stomatologică și medicația aferentă, dacă nu reprezintă consecință exclusivă a unui Accident;

d) tratamente și intervenții de chirurgie estetică, plastică și reparatoare, tratamente dietetice, homeopate, geriatrică, chiropractice, terapie fizică și psihică, kinetoterapie, cure de orice fel (termale, fizioterapice, etc.), recomandate sau nerecomandate în urma unui Accident sau a unei Imbolnăciuni, perioadele petrecute în case de odihnă, recuperare, dezintoxicare, etc.;

e) proceduri și tratamente apartinând de medicina preventivă sau alternativă, vaccinări, consultații programate, călătorii în scop terapeutic;

f) tratamente efectuate ca urmare a unor evenimente petrecute în zone geografice în care s-a declarat apariția unei epidemii înaintea intrării Asiguratorului în zonă geografică respectivă;

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

h) asistență medicală acordată după stabilizare (reveniri, tratamente ulterioare și controale ale stării sănătății), costurile acesteia fiind suportate de către Asigurat;

i) execuția, repararea și întreținerea ochelarilor, lentilelor de contact, aparatelor medicale (stimulațoare cardiaice, orice aparat implantat tempor sau definitiv în scopul înlocuirii sau regularizării unor funcții ale organismului, etc.), a protezelor și accesoriilor medicale de orice fel, inclusiv închirierea acestora;

j) intervenții chirurgicale pentru implant de organe artificiale sau apărări medicale care înlocuiesc organe sau regularizează funcții ale unor organe;

k) orice cheltuială în legătură cu decesul Asiguratorului.

l) spitalizarea care se limitează la investigații medicale fără tratament de urgență și unei afecțiuni subite și imprevizibile care pune în pericol viața Asiguratorului.

**6.2. Asiguratorul nu este obligat să achite despăgubiri în următoarele cazuri:**

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

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

### Cap. 7 OBLIGAȚIILE ASIGURATORULUI

**7.1.** La producerea evenimentului, Asiguratul este obligat să contacteze înainte de orice intervenție medicală Centrala de apel NON-STOP a Asiguratorului la numărul de telefon, fax, adresa de e-mail inscrise în Politea de asigurare, precizând: numele și prenumele, seria și numărul Politei 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 extreme și de agrement așa cum sunt definite în prezentele condiții de asigurare, pot fi practicate de Asigurat numai:

a) în absența oricărui afecțiuni sau stări patologice cunoscute, ori dovedite ulterior, care ar putea amplifica riscul practicării Sporturilor extreme sau de agrement sau ar putea deteriora starea de sănătate a Asiguratorului;

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

c) sub supravegherea instrucților, monitorilor, ghizilor sau persoanelor autorizate, atunci când este cazul.

**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 Asiguratorului pentru evaluarea stării sale de sănătate.

**7.6.** Asiguratul trebuie să transmită Asiguratorului, în maxim 30 de zile de la finalizarea interventiilor medicale acoperite prin prezentul Contract de asigurare:

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

- cauzelor care au dus la producerea evenimentului;

- serviciilor de asistență medicală de care a beneficiat;

- în cazul în care a fost implicată și o terță parte (de exemplu coliziunea unor autovehicule): numele/denumirea, informațiile necesare pentru contactarea acesteia și dacă este posibil, acoperirea prin asigurare a terței părți, orice rapoarte ale poliției sau altor autorități competente referitoare la accident, precum și circumstanțele detaliate ale Accidentului, numele martorilor;

b) cererea de despăgubire care să conțină obligațorul:

- date personale (nume, prenume, domiciliu stabil/adresă de corespondență, cetățenie, telefon de contact);

- seria, numărul Politei de asigurare și Perioada asigurată;

- declarația Asiguratorului dacă a încheiat alte contracte de asigurare pentru aceleși riscuri acoperite de prezentul Contract de asigurare;

- natura evenimentului produs, locul, data și ora producerii acestuia;

- contravalorearea serviciilor de asistență medicală acordate urmăre a evenimentului produs;

- enumerarea tuturor documentelor anexate;

- data și semnătura olografa.

c) documente anexate cererii de despăgubire:

- Poliță de asigurare;

- copia certificatului de naștere;

- copia cărții de identitate;

- copia pasaportului;

- 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 de transport sanitar de urgență, precum și documente originale care să ateste achitarea serviciilor respective;

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

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

- în cazul Accidentului datorat practicării unui Sport extrem sau de agrement, documente care să ateste condițiile de practicare a Sportului extrem sau de agrement în urma căruia s-a produs evenimentul. Acestea pot fi după caz:

• dovezi de achiziționare a biletelor de acces sau pentru practicarea activității respective;

• rapoarte oficiale cu privire la eveniment de la autoritățile competente (poliție, salvamar, salvamont, pază de coastă, organizator, autorități locale, etc.);

• dovezi de închiriere sau posesie a echipamentului;

• brevet, permis, autorizație sau licență;

• orice alte documente pe care Asiguratorul le consideră relevante pentru clarificarea circumstanțelor în care s-a produs evenimentul.

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

**7.7. În cazul aprobatării despăgubirii:**

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

- numerar la sediul Asiguratorului;

- mandat poștal;

- virament bancar în contul IBAN (lei) indicat, menționând banca și sucursala;

b) totalitatea documentelor depuse rămân la dosarul de daună.

**7.8. Sanctuinea în cazul nerespectării obligațiilor Asiguratorului** În cazul în care Asiguratul nu respectă vreuna din obligațiile de mai sus, Asiguratorul este eliberat de obligația platii.

### Cap. 8 STABILIREA SI PLATA DESPĂGUBIRII

**8.1.** Asiguratorul acordă Despăgubire numai pentru costurile efectuate de Asigurat în Perioada asigurată, fiind exonerat de obligația platii pentru orice costuri efectuate în afara acestei perioade.

**8.2.** Asiguratorul acordă Despăgubire numai pentru tratamentele medicale efectuate atât timp cât starea sănătății Asiguratorului nu este stabilită și transportul acestuia în România nu este posibil.

**8.3.** În cazul producării mai multor Evenimente asigurate în cadrul aceleiasi Perioade asigurate, Suma asigurată se diminuează începând cu cel de-al doilea Eveniment asigurat cu suma platită de Asigurator pentru serviciile de care deține și beneficiat Asigurator. Sumele plătite pe tipuri de cheltuieli vor fi deduse din Suma maximă asigurată.

**8.4.** În cazul în care un număr mai mare de 20 (douăzeci) Asigurări implicate în aceeași timp în unu și același Eveniment asigurat solicită plată Despăgubiri conform prezentelor condiții de asigurare, Asigurator este de acord cu limita maximă a despăgubirilor platite de Asigurator să nu depășească Suma asigurată per eveniment, în valoare de 40.000 EUR, indiferent de valoarea totală a despăgubirilor solicitate, aplicându-se Regula proporționalității.

**8.5.** Facturile întocmite în Germania și recunoscute de către Asigurator vor fi achitate la factorul unitar (1,6 pentru prestații medicale respective 1,15 pentru prestații tehnice sau laborator) în conformitate cu GOA și GOZ, comparabil cu cazele legale de sănătate AOK.

**8.6.** Asiguratorul 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 aceleși riscuri, Asiguratorul va acorda Despăgubire, în limitele Sumei asigurate, numai pentru cheltuielile care exceed celor de care Asiguratorul beneficiază în baza altor asigurări.

**8.7.** Participația proprie/franța la costurile serviciilor medicale are valoarea 0 EUR, 50 EUR sau 100 EUR per eveniment, conform opțiunii Asiguratorului/Contractantului din Chestionarul electronic.

**8.8.** Toate documentele întocmite de furnizorii de servicii medicale și transport sanitar de urgență trebuie să conțină: numele/denumirea și adresa emitentului, la plătorului, numele, prenumele și data nașterii Asiguratorului, obiectul facturării (detalierarea tuturor prestațiilor efectuate), decodificat (în cuvinte).

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

**8.9.** Asiguratul are obligația de a acorda Asiguratorului, la cerere, toate informațiile exacte și complete necesare determinării Cazului asigurat și a cantumului Despăgubiri.

**8.10.** Asiguratul, la cererea Asiguratorului, este obligat să prezinte dovezi cu privire la data reală a începerii călătoriei în străinătate.

**8.11.** Asiguratul trebuie să declare dacă a încheiat și alte contracte de asigurare pentru aceleși riscuri acoperite de prezența Asigurare.

**8.12.** Prin plată Politei de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratorului, Asigurator este de acord că în cazul apariției unui Eveniment asigurat să permită Asiguratorului să obțină în numele său orice informație necesară pentru soluționarea Cazului asigurat de către instituții medicale, Medici sau orice alt personal medical, societăți de asigurare, etc., eliberându-i de obligația paștrării secretului profesional. Informațiile obținute de Asigurator conform prezentului articol vor fi utilizate exclusiv în scopul solutionării dosarului de daună.

**8.13.** 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 Asigurator ca posibil impediment al respectării obligațiilor respective, Asiguratorul poate decide în cazuri cu totul exceptionale să despăgubească prin derogare de la prezentele condiții de asigurare până la limita maximă de 300 EUR pe întreaga Perioada asigurată. În această situație transmitearea documentelor conform obligației Asiguratorului de la cap. 7 art. 7.6, se va face în termen de 3 zile lucrătoare de la data întocmerii Asiguratorului în România.

**8.14.** Asiguratorul are dreptul să refuze plată despăgubirii dacă:

### Document cu caracter informativ

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

b) în declarațiile Asiguratorului, se constată neadevaruri, 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 oricărora prevederi ale prezentului Contract de asigurare.

**8.15.** Decontările se efectuează numai cu Asiguratul. Asiguratorul, la opțiunea sa, în unele cazuri, poate achita contravaloarea cheltuielilor medicale și de transport sanitar de urgență direct furnizorilor serviciilor respective.

**8.16.** Asiguratorul 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, în lei, la cursul de schimb al BNR valabil la data platii Despăgubirii.

### Cap. 9 SOLUTIONAREA DIVERGENTELOR SI LITIGIILOR

**9.1.** Dacă Asiguratorul a respins total sau parțial o pretенție prin exonerare de obligația platii dacă Asiguratul nu ridică pretenția prin instanța de judecată în termen de șase luni de la refuzul săris al Asiguratorului.

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

**9.3.** Pentru costurile pe care Asiguratorul le suportă, cu toate că acestea nu constituie o obligație de plată conform prezentelor condiții de asigurare, Asiguratorul își rezerva dreptul de a obține returnarea acestora de la Asigurat pe cale legală. În cazul în care Asigurator face plată de despăgubire sau emite garanții de preluare a cheltuielloarelor pentru evenimente care urmărește reprezentarea Asigurătorului, în condițiile de asigurare, Asiguratul, unitatea medicală sau unitatea de transport sanitar de urgență au obligația de a restituui Asiguratorului aceste sume în maxim 15 zile de la solicitarea lor de către Asigurator, iar Asiguratorul nu va avea nicio raspundere față de cei care au făcut obiectul acestor care a fost emisă de preluare a cheltuielloarelor.

**9.4.** Încercarea de îngălătorie, falsificarea de documente în scopul fraudării Asiguratorului de către Asigurat sau cei care înlesnesc asemenea fapte, se vor sanctiona potrivit legii penale.

### Cap. 10 SUBROGAREA SI REGRESUL

**10.1.** În limitele Despăgubirii plătite, Asiguratorul este subrogat în toate drepturile Asiguratorului contra celor preluători de producerea pagubei.

**10.2.** Asiguratul răspunde de prejudiciile aduse Asiguratorului prin acte care împiedică realizarea dreptului prevăzut la articolul prezentul.

**10.3.** Asiguratorul are dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra datelor și dreptul de opozitie, 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 aliniatul precedent, depunând la Asigurator 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 poștă electronică sau printru un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

**10.4.** Titlurile capitolelor/articolelor nu produc efecte juridice, ele fiind pur orientative, conținutul acestora fiind cel care primează.

**10.5.** Interpretarea conținutului unui capitol/articol sau unui alineat se va face în contextul tuturor prevederilor acestui Contract de asigurare.

**10.6.** Drepturile de Despăgubire dobândite în baza prezentului Contract de asigurare nu pot fi cedionate și nici transferate către persoane decât cu acordul expres al Asiguratorului.

**10.7.** Asigurator răspunde față de Asigurator pentru prejudiciile aduse prin acte care împiedică exercitarea dreptului de regres împotriva persoanelor răspunzătoare de producerea Evenimentului asigurat. Dacă Asigurator 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 platită, Asiguratul este obligat să înapoieze despăgubirea încasată.

**10.8.** Prin plată Politei de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratorului, Asiguratul/Contractantul declară că a luat la cunoștință de informațiile prevăzute de legislație în vigoare privind încheierea contractelor de asigurare, precum și conținutul prezentelor condițiilor de asigurare înainte de emiterea Politei de asigurare, declarând expres că a analizat și cunoște limitările în timp și de conținut inserate în prezentele condiții de asigurare și le consideră rezonabile, utile și necesare.