

ASIGURARE DE VIATA pentru beneficiarii de credite fără garanții Termeni și condiții de asigurare în caz de deces, invaliditate totală și permanentă, incapacitate temporară de muncă, pierderea involuntară a locului de muncă și spitalizare

Art. 1 Definiții

Accident:

Eveniment brusc, extern organismului, neprevăzut și neintenționat care survine în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, independent de voința Membrului Asigurat, care determină leziuni fizice ce conduc la Invaliditatea Totală și Permanentă din Accident, Incapacitatea Temporară de Muncă sau Spitalizarea acestuia.

Acoperiri tip A:

Deces din orice cauză, Invaliditate totală și permanentă din orice cauza, Incapacitate temporară de muncă din orice cauză, Spitalizare din orice cauza și Pierderea involuntară a locului de muncă

Acoperiri tip B:

Deces ca urmare a unui accident, Invaliditate totală și permanentă ca urmare a unui accident, Incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident, Spitalizare ca urmare a unui accident și Pierderea involuntară a locului de muncă

Agent de asigurare afiliat (intermediar în asigurări):

Banca Comercială Română S.A., persoană juridică română, cu sediul în Calea Plevnei nr. 159, Business Garden Bucharest, cladirea A, etajul 6, sector 6, cod postal 060013, Bucuresti, având Codul Unic de Înregistrare RO 361757, înregistrată în Registrul Comerțului sub nr. J40/90/1991, înregistrată în Registrul Instituțiilor de Credit sub nr. RB-JPR-40-008/1999, Cod Unic de Înregistrare în Registrul Intermediarilor în asigurări RAJ - 500341 înregistrat la Autoritatea de Supraveghere financiară și poate desfășura activitatea de intermediere în baza contractului de agent încheiat cu Asigurătorul

Asigurătorul:

BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group S.A. societate de asigurări, administrată în sistem dualist, cu sediul în Str. Rabat nr. 21, etaj 2, 3 și 4, Sector 1, București, România, telefon: 021.206.90.40; fax: 021.230.63.49; email: office@bcrasigviata.ro, nr.înmatriculare în Registrul Comerțului: J40/1784/2005, C.U.I.:18066920, înregistrată în Registrul

Asiguratorilor sub nr. RA_055/28.11.2005 și la ANSPDCP ca operator de date cu caracter personal sub nr. 4822.

Asigurare:

Protecția financiară a Membrului Asigurat obținută prin aderarea acestuia la Contractul de asigurare de grup, conform termenilor și condițiilor de asigurare, materializată prin semnarea Certificatului de asigurare.

Beneficiarul Asigurării:

Banca Comercială Română SA desemnată în această calitate cu acordul scris al Membrului asigurat, prin semnarea Certificatului de asigurare, calitate care îndreptățește **Banca Comercială Română SA** să primească Indemnizația de Asigurare în cazul apariției Evenimentului Asigurat

Boală:

Stare anormală a organismului care afectează fie întreg organismul, fie orice parte a acestuia, care determină deteriorarea funcționării normale a acestuia

Certificat de Asigurare:

Documentul eliberat de Asigurător și semnat de Membrul Asigurat, care conține detaliile financiare ale Asigurării și care confirmă includerea în asigurare a clientului (debitorului) Contractantului

Contract de Asigurare:

Materializarea unui acord liber consimțit încheiat în formă scrisă între Asigurător și Membrul Asigurat, ce are în componență următoarele documente: Document de informare precontractuală, Certificatul de asigurare (care include și Declarația Membrului Asigurat) și Termenii și Condițiile de asigurare

Contract de Credit:

Actul juridic care reglementează relația contractuală de creditare dintre clientul (debitorul) Contractantului și Contractant, în baza căruia a fost acordat un credit bancar fără garanții

Contractant:

Banca Comercială Română S.A.- persoană juridică română, cu sediul în sediul în Calea Plevnei nr. 159, Business Garden Bucharest, cladirea A, etajul 6, sector 6, cod postal 060013, Bucuresti, având Codul Unic de Înregistrare RO 361757, înregistrată în Registrul Comerțului sub nr. J40/90/1991, înregistrată în Registrul Instituțiilor de Credit sub nr. RB-JPR-40-

008/1999 care a încheiat un Contract de Asigurare de Grup cu Asiguratorul, în temeiul căruia are obligația de a vira primele de asigurare colectate, în numele Membrului Asigurat pentru riscurile prevăzute în prezentele Condiții de asigurare

Data începerii Contractului de Asigurare:

Data la care Asigurarea intră în vigoare, respectiv data finanțării Creditului de către Contractantul Asigurării în cazul în care asigurarea este contractată în același moment cu creditul sau data semnării Certificatului de asigurare, în cazul în care asigurarea este contractată ulterior contractării creditului

Data producerii Evenimentului Asigurat

- **In cazul Decesului:** data menționată în certificatul constatator emis de medicul care a constatat decesul;
- **În cazul Invalidității Totale și Permanente:** data Deciziei asupra capacității de muncă emisă de un cabinet de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă în baza art. 71 din Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare
- **În cazul Incapacității temporare de muncă:** data de început a perioadei de incapacitate de muncă înscrisă în certificatul de concediu medical, emis inițial, care atestă această stare
- **În cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă:** data menționată în dispoziția Agenției Teritoriale pentru Ocuparea Forței de Muncă de acordare a indemnizației de șomaj aferentă evenimentului notificat
- **În cazul Spitalizării:** data de la care Membrul Asigurat a fost internat într-o unitate spitalicească, ca rezultat al unui accident sau a unei boli petrecut/ă în perioada de valabilitate a certificatului de asigurare

Eveniment Asigurat:

Un eveniment viitor, imprevizibil și fortuit care implică responsabilitatea Asiguratorului de a plăti Indemnizația de Asigurare conform acestor Termeni și condiții de asigurare:

- **Deces din orice cauza:** Oprirea definitivă a tuturor funcțiilor vitale ale unui organism.
- **Invaliditate Totală și Permanentă** - Vătămare corporală ca urmare a unei boli sau a unui accident, constatată de medicul specializat în expertiză medicală a capacității de muncă din cadrul Casei Naționale de Pensii Publice, care împiedică total și permanent Membrul Asigurat să desfășoare activități care i-ar aduce un venit, salariu, câștiguri sau profit în cadrul oricărei ocupații/profesii și care determină pensionarea de

invaliditate (gradul 1 sau 2 conform Legii nr. 263/2010) a Membrului Asigurat

- **Incapacitate Temporară de Muncă** – Incapacitate temporară de muncă a Membrului Asigurat ca urmare a unei boli sau a unui accident, constatate de către medic, care îl împiedică să efectueze o activitate profesională/ lucrativă aducătoare de venituri, cu condiția ca până în prima zi de întrerupere a activității, Membrul Asigurat să fi efectuat asemenea activități profesionale/lucrative generatoare de venituri
- **Pierderea Involuntară a Locului de Muncă** - Încetarea contractului individual de muncă al Membrului Asigurat, la inițiativa angajatorului, care îl determină pe acesta să devină Șomer, în sensul definiției din Termenii și Condițiile de asigurare
- **Spitalizare** - Internare într-un Spital ca urmare a unei boli sau a unui accident, în vederea stabilirii diagnosticului și administrării tratamentului

Grup asigurat:

Totalitatea clienților (debitorilor) Contractantului care au contractat credite fără garanții și care au calitatea de Membrii Asigurați, conform prezentelor Condiții de asigurare

Indemnizația de Asigurare:

Suma la plata căreia este obligat Asiguratorul și la a cărei încasare este îndreptățit Beneficiarul Asigurării în cazul apariției Evenimentului Asigurat

Medic:

O persoană posesoare a unei licențe, recunoscută sau eliberată de autoritățile statului român, corespunzătoare practicării legale a medicinei pe teritoriul României în calitate de medic.

Calitatea de asigurat nu poate fi cumulată cu calitatea de medic, rudă, afin sau partener de afaceri al medicului în sensul prezentelor condiții de asigurare decât cu acordul scris al Asiguratorului.

Membru Asigurat:

Persoana fizică a cărei viață și sănătate constituie obiectul asigurării, persoana ce are încheiat un contract de muncă cu un angajator/persoană fizică autorizată (PFA)/ pensionar în calitate de Client (Debitor) al Contractantului Asigurării cu care acesta a încheiat un Contract de Credit și care a semnat Certificatul de asigurare, conform prezentelor Condiții de asigurare. Persoana care va deține calitatea de Membru Asigurat va fi Împrumutatul din Contractul de Credit.

Navigator:

Orice persoană fizică, ce lucrează în orice calitate, la bordul unei nave. În prezentul document nava se definește ca vas plutitor de dimensiuni mari, amenajat și echipat pentru a se deplasa pe, sau sub apă pentru realizarea activității de transport și a altor servicii pe apă.

Pensionar:

Persoana care a încetat raporturile de muncă în condițiile determinate de lege și primește pensie în Sistemul de Asigurări Sociale.

Perioada de Așteptare:

Perioada calculată astfel:

- primele 30 (treizeci) de zile calendaristice consecutive calculate de la producerea Incapacității Temporare de Muncă sau de la producerea Pierderii Involuntare a Locului de Muncă, pe durata căreia Evenimentul Asigurat corespunzător trebuie să se producă neîntrerupt;
- primele 7 (șapte) zile calendaristice consecutive, calculate de la data internării în Spital, în cazul Spitalizării.

După expirarea acestei perioade se vor calcula și plăți indemnizațiile de asigurare pentru Evenimentul Asigurat, cu excepția situațiilor prevăzute la **art. 11.2 paragraf II lit. c)** și **11. 2 paragraf III**. Pe parcursul Perioadei de Așteptare, Asiguratorul nu datorează Indemnizația de Asigurare

Perioada de Excludere:

O perioadă de 90 de zile calendaristice consecutive de la data începerii Asigurării pe durata căreia nu este acoperită Pierderea Involuntară a Locului de Muncă a Membrului Asigurat și pentru care nu este datorată Indemnizația de Asigurare aferentă acestui risc.

Persoană Fizică Autorizată (PFA):

Persoana fizică autorizată să desfășoare orice formă de activitate economică permisă de lege, folosind în principal forța sa de muncă. Sunt asimilate PFA și persoanele care obțin venituri din activități independente desfășurate în cadrul unor profesii reglementate prin legi speciale, fără a fi salariați în cadrul acestor profesii, precum: notari, avocați, medici, etc. Se vor asimila unei persoane fizice autorizate și persoanele fizice care au contract de mandat.

Prima de Asigurare:

Suma plătită de către Membrul Asigurat, în schimbul asumării riscului de către Asigurator

Sold Credit:

Suma rămasă de rambursat din Total Credit.

Spital:

O instituție legal constituită, care funcționează după legile statului în care este înființată și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- se ocupă cu primirea, îngrijirea și tratarea bolnavilor, suferinșilor sau răniților în calitate de pacienți internați;
- acceptarea calității de pacient internat se face doar sub supravegherea medicilor care sunt permanent disponibili în acordarea de consultații și tratament;
- menține și întreține facilități organizate pentru diagnosticarea și tratamentul pacienților internați și furnizează (acolo unde este cazul) condițiile necesare intervențiilor chirurgicale în cadrul instituției sau în unități speciale controlate de instituție;
- asigură non stop servicii de supraveghere medicală calificată prin sau sub supravegherea unei echipe de asistență medicală;

Noțiunea de spital nu se va referi la:

- instituții pentru tratarea bolilor psihice, afecțiunilor psihiatrice (inclusiv cele pentru retardați);
- secțiile (subunitățile) de psihiatrie ale spitalelor;
- azilurile de bătrâni, casele de odihnă, instituțiile (subunitățile spitalicești) specializate în dezalcoolizare sau dezintoxicare;
- casele de sănătate (sanatorii), clinicile naturiste, casele de recuperare, reabilitare.

Suma Asigurată:

Soldul creditului (Suma rămasă de rambursat din Total credit) în cazul Decesului și a Invalidității Totale și Permanente, respectiv totalul lunar de plată conform Contractului de Credit în cazul Incapacității Temporare de Muncă, a Pierderii Involuntare a Locului de Muncă sau a Spitalizării, înregistrat la data scadentă imediat următoare încheierii perioadei de așteptare (inclusiv dobânzi penalizatoare, fără ca rata totală despăgubită să depășească 115 % din rata de credit totală din Graficul de rambursare)

Șomer:

Orice persoană al cărei contract individual de muncă cu angajatorul a încetat la inițiativa angajatorului și care este înregistrată la Agențiile Teritoriale pentru Ocuparea Forței de Muncă, astfel că beneficiază de indemnizație de șomaj în calitate de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de stat și în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

În sensul prezentelor Condiții de Asigurare, nu se consideră Șomer persoana care se află în una dintre următoarele situații:

- a. își desfășoară activitatea în funcții electivă sau este numită în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului, precum și membrii cooperatori dintr-o organizație a cooperăției meșteșugărești;
- b. realizează un venit brut pe an calendaristic egal cu cel puțin 3 salarii medii brute pe economie și are calitatea de:
- asociat unic, asociat, comanditar sau acționar;
 - administrator sau manager care a încheiat contract de administrare sau de management;
 - membriu al unei asociații familiale;
 - persoană autorizată să desfășoare activități independente;
 - cetățean român care lucrează în străinătate, conform legii;
 - persoană care realizează venituri din activități profesionale desfășurate potrivit legii și care nu se regăsește în una dintre situațiile prevăzute la punctele i.

Total Credit:

Suma finanțată de Contractantul Asigurării prevăzută în Contractul de Credit.

Total lunar de plată:

Suma totală lunară de plată aferentă lunii respective datorată de Membrul Asigurat Contractantului Asigurării conform Graficului de rambursare aferent Contractului de Credit.

Zi de spitalizare:

O perioadă de 24 de ore de staționare în spital în calitate de pacient internat în urma unui accident sau a unei boli, calculată începând de la momentul internării (data și ora); numărul de zilele de spitalizare se vor calcula astfel, începând de la momentul internării până la momentul externării (data și ora).

Art. 2 Condiții de eligibilitate

2.1. Poate deveni Membru Asigurat persoana care a încheiat un Contract de Credit fără garanții cu Contractantul Asigurării și îndeplinește următoarele condiții de eligibilitate la data semnării Certificatului de asigurare:

- Are vârsta de minimum **18 ani** și nu depășește vârsta de **69 ani**;
- Nu este pensionată medical pe caz de boală, la data încheierii contractului de asigurare;
- Este de acord cu cesionarea Indemnizației de Asigurare în favoarea Contractantului Asigurării prin desemnarea acestuia ca Beneficiar al Asigurării.

2.2. Condiții de eligibilitate specifice Membrului Asigurat ce are încheiat un contract de muncă cu un angajator:

- La momentul semnării Certificatului de asigurare are statut de angajat în baza unui contract individual de muncă, cu o vechime de cel puțin 3 luni cu angajatorul curent. În cazul Membrului Asigurat care are încheiat un contract individual de muncă pe durata determinată este necesar ca perioada contractului individual de muncă să acopere Durata Creditului sau ca acesta să fi fost reînnoit cel puțin o dată sau să se prezinte o promisiune de reînnoire a contractului din partea Angajatorului;
- Conform declarației cuprinsă în Certificatul de asigurare nu face obiectul niciunei proceduri de concediere (individuală/colectivă), nu are transmisă în ultimele 3 luni și nu are primită din partea angajatorului curent o propunere de încetare a relațiilor de muncă prin acordul părților;
- Contribuie la sistemul de asigurări sociale de stat din România.

Art. 3 Evenimente Asigurate

3.1. Conform statutului (angajat, PFA, pensionar navigator sau alte categorii fata de cele mentionate anterior) Membrului Asigurat la data producerii evenimentului asigurat, sunt acoperite următoarele Evenimente Asigurate, conform tabelului de mai jos:

- Deces(D);
- Invaliditate Totală și Permanentă(ITP);
- Incapacitate Temporară de Muncă(ITM);
- Pierderea Involuntară a Locului de Muncă(PILM);
- Spitalizare(S)

	D	ITP	ITM	PILM	S
Angajat	√	√	√	√	√
PFA (Persoana Fizica Autorizata)	√	√	√		√
Pensionar sau Navigator	√				√
Alte categorii fata de cele de mai sus	√				√

3.2. In situatia in care in ultimii 5 ani pana la data incheierii acestei asigurari Membrul Asigurat a fost diagnosticat cu unul din urmatoarele tipuri de afectiuni cronice si anume: afectiuni cardio vasculare (cardiopatie ischemica, infarct miocardic, insuficienta cardiaca, anevrism, valvulopatie), afectiuni neuropsihice (infarctul cerebral ischemic sau hemoragic, boala Alzheimer, schizofrenia, boala Parkinson, scleroza multipla, epilepsie), afectiuni neoplazice (orice forma de cancer,

tumori maligne inclusiv leucemia si Sdr. Non/Hodgkin), afectiuni cronice ale ficatului sau ale plamanului, precum si complicatii ale acestora, asigurarea este valabila doar pentru evenimentele prevazute la acoperirile de **tip B** conditionate de statutul Membrului asigurat la data producerii evenimentului asigurat conform **art 3.1.**

3.3. În situația cumulării pensiei cu venituri salariale, Membrul Asigurat va beneficia doar de acoperirea pentru deces și spitalizare.

Art. 4 Teritorialitatea

4.1. Protecția de asigurare oferită prin prezentele condiții de asigurare este valabilă **oriunde în lume** pentru riscul de Deces, Invaliditate Totală și Permanentă și **doar pe teritoriul României** pentru riscurile de Incapacitate Temporară de Muncă, Pierderea Involuntară a Locului de Muncă și Spitalizare.

Art. 5 Durata și încetarea asigurării

5.1. Acoperirea pentru Membrul Asigurat se menține pe durata creditului, până la data plății ultimului Total lunar de plată, conform graficului de rambursare, sub rezerva achitării Primei de Asigurare și a îndeplinirii celorlalte condiții prevăzute în Termenii și Condițiile de asigurare.

5.2. Asigurarea este complementară Contractului de Credit și:

5.2.1. intră în vigoare pentru Membrul Asigurat în momentul finanțării Creditului, în cazul în care asigurarea este contractată în același moment cu creditul sau la data semnării Certificatului de asigurare, în cazul în care asigurarea este contractată ulterior contractării creditului.

5.2.2. încetează de drept:

- a.** la data Decesului Membrului Asigurat;
- b.** în momentul expirării duratei asigurării;
- c.** la data Invalidității Totale și Permanente a Membrului Asigurat, sub condiția plății indemnizației de asigurare;
- d.** la data la care Membrul Asigurat împlinește vârsta de **70 de ani**;
- e.** la data rambursării integrale a creditului/ data scadentă a ultimei rate de credit sau, anterior acestei date, în cazul rambursării anticipate sau în cazul cesionării creditului către un alt beneficiar;
- f.** la data declarării exigibilității anticipate a creditului, fără legătură cu producerea evenimentului asigurat;
- g.** după expirarea perioadei de grație prevăzută la **art. 8.4**, în cazul în care prima de asigurare nu a fost încasată de către

Asigurator;

- h.** în cazul oricărei acțiuni sau inacțiuni a Membrului Asigurat prin care se încalcă obligațiile contractuale sau legale cu intenția de a obține un folos necuvenit sau de a crea prejudicii de orice natură fie Asiguratorului, fie unui terț;
- i.** în cazul în care datele de identificare personale ale Membrului Asigurat se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt prevăzute în reglementările legale privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor;
- j.** dacă legea o impune.

5.3. Membrul Asigurat poate să renunțe la asigurare în termen de cel mult 20 de zile de la data semnării certificatului de asigurare. În acest caz, Asiguratorul va returna Contractantului prima de asigurare plătită pentru Membrul Asigurat.

5.4. În cazul denunțării formulate de Contractant/ Membru Asigurat, contractul de asigurare încetează, iar Contractantul nu este îndreptățit la încasarea niciunei sume aferente plăților efectuate până la momentul rezilierii.

5.5. Nu se va considera că Asiguratorul furnizează acoperire, nu va fi obligat să facă nicio plată și nici nu va furniza vreun beneficiu în măsura în care respectiva asigurare, plată, sau beneficiu ar expune Asiguratorul la orice sancțiune, interdicție sau restricție în conformitate cu rezoluțiile Organizației Națiunilor Unite (ONU) sau cu sancțiunile comerciale sau economice, legile sau reglementările Uniunii Europene, României sau ale Statelor Unite ale Americii (cu condiția ca aceste măsuri să nu reprezinte o încălcare a niciunui regulament sau legislație națională specifică aplicabilă asiguratorului).

Art. 6 Modificarea termenilor și condițiilor de asigurare

6.1. Părțile convin modificarea prezentelor condiții de asigurare în cazul apariției unor modificări legislative și/ sau a sistemului de impozitare, care afectează Asiguratorul și/ sau Membrul Asigurat. În aceste condiții, Asiguratorul va notifica, în scris, Membrul Asigurat cu cel puțin 30 de zile înainte de data de la care se dorește modificarea. Dacă părțile convin să modifice Termenii și Condițiile de Asigurare, modificarea va intra în vigoare la

data convenită, dar nu mai devreme de ora 0:00 din ziua următoare semnării actului adițional cu privire la o astfel de modificare.

6.2. Eventualele modificări ale datelor de identificare ale Asiguratorului, respectiv denumirea, forma juridică, adresa sediului social sau datele sale de contact vor fi aduse la cunoștința Asiguratului prin notificare scrisă.

6.3. Este posibilă derogarea de la prevederile prezentului articol dacă scopul și natura Asigurării impun astfel și dacă derogarea nu este în dezavantajul Membrului Asigurat.

6.4. Eventualele modificări ale datelor de identificare ale Membrului Asigurat și/sau ale Contractantului vor fi aduse la cunoștință Asiguratorului prin notificare scrisă.

6.5. Nu se percep taxe suplimentare pentru modificările de mai sus.

Art. 7 Informații incorecte și declarații false

7.1. Declarațiile Membrului Asigurat menționate în Certificatul de Asigurare sunt considerate ca răspunsuri scrise la întrebările Asiguratorului conform prevederilor **Art. 2203** și **Art. 2204** din Codul Civil.

7.2. Asiguratorul încheie Asigurarea în baza faptului că informațiile oferite Asiguratorului în momentul încheierii Asigurării și/ sau ulterior în orice moment, sunt corecte. Membrul Asigurat/ Contractantul sunt obligați să informeze Asiguratorul în scris și să țină la curent Asiguratorul pe durata valabilității Asigurării cu privire la toate condițiile care ar putea influența evaluarea riscului realizată de Asigurator. Dacă ulterior se dovedește că, Membrul Asigurat/ Contractantul, în cunoștință de cauză, a/au furnizat informații false, înșelătoare, incomplete ori incorecte pe care Asiguratorul le poate considera importante pentru evaluarea riscului, atunci Asiguratorul are dreptul fie de a modifica toate beneficiile oferite de Asigurare, fie de a înceta Asigurarea pentru Membrul Asigurat în cauză, fie de a refuza plata indemnizației de asigurare în caz de producere a evenimentului asigurat.

7.3. Membrul Asigurat este obligat să informeze Asiguratorul cu privire la încetarea Incapacității Temporare de Muncă/ Spitalizării sau a perioadei de șomaj, prin prezentarea unor documente doveditoare în acest sens, în conformitate cu legislația aplicabilă în domeniu. În cazul încetării Incapacității Temporare de Muncă se va transmite o notificare scrisă către Asigurator în termen de 5 zile de la data încetării concediului medical, referitoare la data

recuperării capacității de muncă și revenirii la locul de muncă.

În cazul Spitalizării se va transmite către Asigurator în termen de 5 zile de la data intrării în posesie, o copie a biletului de ieșire din spital, eliberat de unitatea spitalicească, din care să rezulte data ieșirii din spital.

În cazul încetării Pierderii Involuntare a Locului de Muncă se va transmite o notificare scrisă către Asigurator în termen de 5 zile de la data intrării în posesie a adeverinței/ deciziei de angajare cu contract de muncă din care să reiasă data de începere a unui nou raport de muncă sau orice document eliberat de Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă, referitoare la data încetării șomajului.

*În cazul în care Asiguratorul nu primește un decurs de maxim 30 zile informarea obligatorie din partea Membrului Asigurat cu privire la încetarea producerii unuia din evenimentele asigurate menționate anterior, acesta are dreptul de a închide dosarul de dauna și a informa membrul asigurat despre acest lucru.

Art. 8 Plata primelor de asigurare

8.1. Valoarea primei de asigurare se calculează prin aplicarea cotei lunare de prima stabilită de Asigurator la valoarea inițială a creditului. Primele se stabilesc și se plătesc în moneda creditului acordat.

8.2. Prima de asigurare se achită lunar, la data menționată conform graficului de rambursare. Membrul Asigurat este răspunzător pentru plata primei de asigurare.

8.3. Valoarea totală a primei de asigurare va fi virată Asiguratorului de către Contractant.

8.4. În cazul în care prima de asigurare datorată Asiguratorului nu este achitată până la termenul scadent menționat în graficul de rambursare a creditului, Membrul Asigurat are posibilitatea să plătească în termen de 90 zile calendaristice de la data scadenței menționate în graficul de rambursare, termen numit "**perioadă de grație**". Evenimentul asigurat este acoperit în perioada de grație.

Art. 9 Notificarea daunei

9.1. Mostenitorii legali ai Membrului asigurat, în cazul riscului de deces, sau Membrul Asigurat/ Reprezentatul legal, în toate celelalte cazuri, are obligația să notifice Asiguratorul/ Contractantul Asigurării de apariția Evenimentului Asigurat. Notificarea se face în termen de maximum 15 zile calendaristice de la producerea Evenimentului Asigurat prin completarea formularului de notificare și

transmiterea acestuia impreuna cu documentele obligatorii si specifice fiecarui eveniment asigurat in parte, conform mentiunilor de la **Art. 11** Indemnizația de Asigurare.

9.2. Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare dacă, ca urmare a faptului că nu a fost transmisă notificarea în perioada menționată mai sus, acesta nu poate stabili data, circumstanțele și cauza apariției evenimentului care a determinat cererea plății Indemnizației de Asigurare.

Art. 10 Dreptul Asiguratorului de a verifica starea de sănătate a Membrului Asigurat

10.1. Asigurătorul are dreptul, numai în procesul de instrumentare a dosarelor de daună să obțină informații cu privire la starea de sănătate și istoricul medical al Asiguratului de la medicii de familie sau curanți, instituțiile publice abilitate în a transmite informații și date necesare evaluării de către Asigurator a cauzelor producerii evenimentului asigurat (cabinete medicale individuale, spitale publice și private, cabinete de medicina legală, casa de asigurări de sănătate prin accesarea SIUI – Sistemul Informatic Unic integral) precum și printr-o examinare sau control medical efectuat de medicul desemnat de către Asigurator.

Deasemenea Membrul Asigurat își dă consimțământul expres în acest sens prin semnarea Certificatului de Asigurare și prin semnarea formularului **“Acord privind prelucrarea datelor cu caracter personal și comunicarea electronică cu BCR Asigurari de Viata Vienna Insurance Group SA”**.

10.2. Asiguratorul este îndreptățit, fără a fi obligat, să obțină informații și să analizeze faptele importante referitoare la Pierderea Locului de Muncă și la intrarea în șomaj a Membrului Asigurat. Membrul Asigurat își dă consimțământul cu privire la dreptul Asiguratorului de a analiza faptele importante referitoare la pierderea locului de muncă și la intrarea în șomaj, în special prin semnarea Certificatului de Asigurare și prin semnarea formularului **“Acord privind prelucrarea datelor cu caracter personal și comunicarea electronică cu BCR Asigurari de Viata Vienna Insurance Group SA”**. Cu toate acestea rămâne în sarcina Membrului Asigurat să depună documentele solicitate de Asigurator, acesta având dreptul și posibilitatea de a le obține de la instituțiile abilitate să le emită.

Art. 11 Indemnizația de Asigurare

11.1. În cazul în care Membrul Asigurat îndeplinește condițiile de acordare a Indemnizației de Asigurare conform acestor Termeni și Condiții și după ce Asiguratorul primește documentele menționate în **Art. 12** ale acestui document, Asiguratorul are obligația de a plăti Indemnizațiile de Asigurare Beneficiarului, în termen de maximum 15 zile calendaristice de la primirea ultimului document solicitat de Asigurator pentru definitivarea dosarului de daună.

11.1.1. Indemnizația de Asigurare în caz de deces

a. Valoarea Indemnizației de Asigurare este egală cu Soldul creditului (suma rămasă de rambursat din total credit la data scadentă imediat următoare datei decesului) plus dobânda acumulată până la data plății indemnizației de asigurare, dar nu mai mult de valoarea inițială a Creditului.

b. Asiguratorul are dreptul să solicite informații suplimentare de la medicii care au constatat cauzele decesului și/sau care l-au avut în evidența medicală pe Membrul Asigurat, așa cum este menționat la **art.10**, paragraful 10.1.

c. În cazul în care este anunțată dispariția Membrului Asigurat, Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare numai în baza unei hotărâri judecătorești declarative de deces, rămasă definitivă.

11.1.2. Indemnizația de Asigurare în caz de Invaliditate Totală și Permanentă

a. Valoarea Indemnizației de Asigurare este egală cu Soldul creditului (suma rămasă de rambursat din total credit, inclusiv dobânzi și comisioane) înregistrat la data scadentă imediat următoare producerii evenimentului asigurat.

b. Asiguratorul este obligat să plătească Indemnizația de Asigurare către Beneficiarul Asigurării care este îndreptățit să primească Indemnizația de Asigurare, în baza desemnării în această calitate de către Membrul Asigurat exprimată prin semnarea Certificatului de Asigurare.

c. Limita prevăzută la **art. 11.2** din Termeni și condiții de asigurare se va aplica valorii totale a Indemnizației de Asigurare.

11.1.3. Indemnizația de Asigurare în cazul Incapacității Temporare de Muncă Membrului Asigurat

- a. Dreptul la Indemnizația de Asigurare pentru Incapacitatea Temporară de Muncă a Membrului Asigurat apare dacă Incapacitatea Temporară de Muncă durează fără întrerupere cel puțin **30 de zile calendaristice (Perioada de Așteptare)**. Valoarea Indemnizației de Asigurare este egală cu Totalul lunar de plată conform Contractului de Credit, a cărei scadență se află în perioada imediat următoare încheierii Perioadei de Așteptare, începând cu Totalul lunar de plată datorat după expirarea acestei perioade, cu excepția prevăzută la **Art. 11.2**, punctul III.
- b. Asigurarea nu încetează odată cu plata Indemnizației de Asigurare pentru Incapacitate Temporară de Muncă.
- c. Dacă Membrul Asigurat este din nou în Incapacitate Temporară de Muncă ca urmare a revenirii bolii sau consecințe ale accidentului care a determinat Incapacitatea Temporară de Muncă inițială pentru care Asiguratorul a acordat Indemnizația de Asigurare, iar prima zi a acestei noi Incapacități Temporare de Muncă survine în termen de 30 de zile calendaristice de la data încetării Incapacității Temporare de Muncă inițiale, această nouă Incapacitate Temporară de Muncă este considerată o continuare a Incapacității Temporare de Muncă inițiale, fără a se mai aplica o nouă Perioadă de Așteptare. Valoarea Indemnizației de Asigurare acordată pentru noua perioadă de Incapacitate Temporară de Muncă este egală cu Totalul lunar de plată a cărei dată scadentă se află pe perioada Incapacității Temporare de Muncă a Membrului Asigurat, începând cu Totalul lunar de plată datorat în perioada de Asigurare în care apare prima zi a noii Incapacități Temporare de Muncă. Dacă această nouă Incapacitate Temporară de Muncă survine după trecerea a 30 de zile de la data încheierii Incapacității Temporare de Muncă inițiale, pentru care Asiguratorul a acordat deja Indemnizația de Asigurare, această nouă Incapacitate Temporară de Muncă este considerată un nou Eveniment Asigurat, iar Asiguratorul va acorda Indemnizația de Asigurare cu aplicarea unei noi Perioade de Așteptare.
- d. Indemnizația de Asigurare pentru Incapacitate Temporară de Muncă pentru fiecare Membru Asigurat nu poate depăși valoarea a 6 Totaluri lunare de plată per

Eveniment Asigurat și nu poate depăși valoarea a 18 Totaluri lunare de plată pe întreaga durată a Asigurării.

- e. Asiguratorul este obligat să plătească Indemnizația de Asigurare către Contractantul Asigurării care este îndreptățit să primească Indemnizația de Asigurare în calitate sa de Beneficiar desemnat, în baza confirmării Membrului Asigurat exprimată prin Certificatul de Asigurare.
- f. Limita prevăzută la **Art. 11.2** din Termenii și Condițiile de asigurare se va aplica valorii totale a Indemnizației de Asigurare.

11.1.4. Indemnizația de Asigurare în cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă al Membrului Asigurat

- a. Dreptul la Indemnizația de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă al Membrului Asigurat se naște dacă pierderea locului de muncă intervine după expirarea Perioadei de Excludere de 90 de zile calendaristice prevăzută în Termenii și Condițiile de Asigurare și dacă Pierderea Locului de Muncă a Membrului Asigurat durează fără întrerupere cel puțin 30 de zile calendaristice (Perioada de Așteptare). După expirarea acestei perioade se vor calcula și plăti indemnizațiile de asigurare pentru Evenimentul Asigurat, cu excepția situației prevăzute la **Art. 11.2** paragraf II lit. c). Valoarea Indemnizației de Asigurare este egală cu Totalul lunar de plată conform Contractului de Credit, a cărei scadență se află în perioada imediat următoare încheierii perioadei de așteptare, începând cu Totalul lunar de plată datorat după expirarea acestei perioade.
- b. Plata Indemnizației de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă a Membrului Asigurat nu determină încetarea Asigurării pentru persoana respectivă.
- c. Dacă Asiguratorul plătește o Indemnizație de Asigurare aferentă unuia sau mai multor Evenimente Asigurate cauzate de Pierderea Involuntară a Locului de Muncă a Membrului Asigurat, a cărei valoare totală depășește 9 Totaluri lunare de plată, Membrul Asigurat va fi îndreptățit la o nouă Indemnizație de Asigurare aferentă acestui Eveniment Asigurat după expirarea unei perioade de 9 luni de la data plății celui de-al 9 lea Total lunar de plată de către Asigurator sub forma Indemnizației de Asigurare, cu respectarea prevederilor referitoare la Perioada de Așteptare.

- d. Indemnizația de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă pentru fiecare Membru Asigurat cumulată cu valoarea totalurilor lunare de plată a indemnizației oferită pentru riscul de Spitalizare nu poate depăși valoarea a 9 Totaluri lunare de plată per Eveniment Asigurat, pentru persoanele care au încheiat un contract individual de muncă și nu poate depăși valoarea a 18 Totaluri lunare de plată, cumulată cu valoarea maximă a indemnizației oferită pentru riscul de Spitalizare, pe întreaga durată a Asigurării.
- e. Asigurătorul este obligat să plătească Indemnizația de Asigurare către Contractantul Asigurării care este îndreptățit să primească Indemnizația de Asigurare în calitate a de Beneficiar desemnat, în baza confirmării Membrului Asigurat exprimată prin Certificatul de Asigurare. În cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă, la data producerii Evenimentului Asigurat, Membrul Asigurat trebuie să aibă un contract individual de muncă cu ultimul angajator de cel puțin 6 luni.
- f. Limita prevăzută la **Art. 11.2** din Termenii și Condițiile de asigurare se aplică valorii totale a Indemnizației de Asigurare.

11.1.5. Indemnizația de Asigurare în cazul Spitalizării

- a. Dreptul la Indemnizația de Asigurare pentru Spitalizarea Membrului Asigurat apare după expirarea **Perioadei de Așteptare de 7 zile calendaristice consecutive** prevăzută în Termenii și Condițiile de Asigurare. Valoarea Indemnizației de Asigurare este egală cu 3 Totaluri lunare de plată conform Contractului de Credit a căror scadență se află în perioada imediat următoare încheierii perioadei de așteptare, plătită lunar, timp de 3 luni după expirarea acestei perioade, cu excepția situațiilor prevăzute la **art. 11.2** paragraf II lit. c) și d).
- b. Plata Indemnizației de Asigurare pentru evenimentul de Spitalizare a Membrului Asigurat nu determină încetarea Asigurării pentru persoana respectivă.
- c. Asigurătorul acoperă Spitalizarea, recomandată de un medic de specialitate, în scopul tratării vătămarilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli.
- d. Limitarea Indemnizației de Asigurare pentru Spitalizarea Membrului Asigurat: se vor despăgubi maxim 3 evenimente pe întreaga durată a asigurării, cu condiția ca Asigurătorul să plătească indemnizația totală, cumulată cu indemnizația pentru evenimentul de Pierdere

Involuntară a Locului de Muncă al Membrului Asigurat de cel mult 18 Totaluri lunare de plată. Fiecare Spitalizare ca urmare a unui/ ei anumit Accident/ Boli este considerată un Eveniment Asigurat separat, de sine stătător. Dacă un Asigurat este victima a două Accidente/ Boli care se soldează cu două cazuri de Spitalizare ca urmare a unui accident/ boli, acestea vor fi considerate două Evenimente Asigurate distincte.

- e. Asigurătorul este obligat să plătească Indemnizația de Asigurare către Contractantul Asigurării care este îndreptățit să primească Indemnizația de Asigurare în calitate a de Beneficiar desemnat, în baza confirmării Membrului Asigurat exprimată prin Certificatul de Asigurare.
- f. Limita prevăzută la **Art. 11.2** din Termenii și Condițiile de Asigurare se aplică valorii totale a Indemnizației de Asigurare.

11.2. Apariția succesivă a evenimentelor asigurate

I. În caz de apariție succesivă a evenimentelor asigurate, Asigurătorul va acorda Indemnizația de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă a Membrului Asigurat, numai în cazul în care condițiile pentru acordarea acesteia sunt îndeplinite la data încetării Evenimentului Asigurat de Incapacitate Temporară de Muncă.

II. În caz de apariție succesivă a evenimentelor asigurate, Asigurătorul va acorda Indemnizația de Asigurare pentru **Spitalizare și Pierderea Involuntară a Locului de Muncă într-un interval de 12 luni de la apariția primului eveniment, astfel:**

- a. Indemnizația aferentă riscului de Spitalizare și a celui de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă a Membrului Asigurat, într-un interval de 12 luni, nu poate depăși 9 Totaluri lunare de plată și nu poate depăși valoarea a 18 Totaluri lunare de plată pe întreaga durată a Asigurării.
- b. În situația în care într-un interval de 12 luni, Membrul Asigurat beneficiază de indemnizația pentru Spitalizare, pentru un nou eveniment de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă a Membrului Asigurat, cele 9 Totaluri lunare de plată la care are dreptul Membrul Asigurat, se va deduce indemnizația plătită Membrului Asigurat pentru evenimentul notificat de Spitalizare.

În situația descrisă la lit. b) Membrul Asigurat va fi îndreptățit să primească indemnizația de asigurare pentru evenimentul notificat de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă, dacă evenimentul de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă persistă neîntrerupt pentru o perioadă egală cu cea pentru care s-a plătit indemnizația de Spitalizare plus Perioada de Așteptare pentru riscul de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă. Plata indemnizației în acest caz se va face începând cu scadența ce se află în perioada imediat următoare încheierii perioadei calculată mai sus, începând cu Totalul lunar de plată datorat după expirarea acestei perioade.

- c. În situația în care Membrul Asigurat a notificat producerea evenimentului de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă și a fost despăgubit în cuantumul maxim prevăzut la litera a) și ulterior, în intervalul a 12 luni notifică Spitalizarea acestuia, pentru acest eveniment Membrul Asigurat nu va mai putea fi despăgubit.
- d. Dacă pentru riscul de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă Membrul Asigurat a beneficiat de o indemnizație de asigurare mai mică decât cuantumul maxim prevăzut la litera a) și ulterior în intervalul a 12 luni notifică Spitalizarea acestuia, pentru acest eveniment Membrul Asigurat va primi o indemnizație de asigurare de până la 3 Totaluri lunare de plată, cu condiția ca, în total, Membrul Asigurat să nu beneficieze de o indemnizație mai mare decât 9 Totaluri lunare de plată.

III. În caz de apariție succesivă a evenimentelor asigurate, Asiguratorul va acorda Indemnizația de Asigurare pentru **Spitalizare și Incapacitate Temporară de Muncă într-un interval de 12 luni de la apariția primului eveniment, astfel:** în situația în care într-un interval de 12 luni, Membrul Asigurat beneficiază de indemnizația pentru Spitalizare, pentru un nou eveniment de Incapacitate Temporară de Muncă a Membrului Asigurat, Membrul Asigurat va primi o indemnizație de asigurare aferentă acestui risc după plata indemnizației de asigurare aferentă Spitalizării.

11.3. Părțile au convenit ca Indemnizația totală de asigurare aferentă tuturor Evenimentelor Asigurate conform Termenilor și Condiții de Asigurare pentru un Membru Asigurat în cazul

în care acesta a încheiat mai multe Contracte de Credit cu Contractantul Asigurării, nu va depăși în nici un caz 150.000 lei pentru Invaliditatea Totală și Permanentă a Membrului Asigurat și nu va depăși pentru creditele în EUR/ lei 4.500 lei lunar (pentru EUR echivalentul va fi calculat la cursul BNR de la data notificării evenimentului asigurat) pentru Incapacitatea Temporară de Muncă, Pierdere Involuntară a Locului de Muncă sau Spitalizarea Membrului Asigurat. Dacă Asiguratorul plătește unei Persoane Asigurate pentru unul sau mai multe Evenimente Asigurate, o Indemnizație de Asigurare totală de 150.000 lei, atunci toate Asigurările respective ale Membrului Asigurat decurgând din Termenii și Condiții de asigurare vor fi reziliate.

Art. 12 Soluționarea Evenimentului Asigurat

12.1 În situația în care intervine un Eveniment Asigurat, Mostenitorii legali/ Membrul Asigurat/ Reprezentantul legal este/sunt obligat/i să furnizeze Asiguratorului documentele și informațiile prezentate mai jos pe care le deține referitoare la Evenimentul Asigurat survenit. Asiguratorul va solicita furnizarea următoarelor documente:

12.1.1. In cazul Decesului Membrului Asigurat:

- formularul "**Notificarea Evenimentului Asigurat**", completat și semnat de persoana care notifică evenimentul;
- copia certificatului de asigurare;
- copia certificatului de deces; in cazul decesului în străinătate se va prezenta copie legalizată apostilată;
- copia certificatului medical constatat al decesului sau adeverința de la medicul de familie din care să reiasă diagnosticul care a dus la deces;
- copia fișei de la medicul de familie semnată și parafată pe fiecare pagina sau adeverința de la medicul de familie în care să fie specificate diagnosticele cu care a fost luat în evidență și data diagnosticării acestora.
- copia procesului verbal de la locul accidentului/alte documente de la organele statului competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la decesul asiguratului, dacă s-a datorat unui accident
- raportul de analiză toxicologică/expertiza medico-legală a Membrului Asigurat în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege

- h. o copie a contractului de credit;
- i. extras de cont la data decesului.

12.1.2 In cazul Invalidității Totale și Permanente a Membrului Asigurat:

- a. formularul "Notificarea Evenimentului Asigurat", completat și semnat de Membrul Asigurat sau reprezentantul acestuia;
- b. decizia medicală asupra capacității de muncă (care cuprinde gradul de invaliditate și diagnosticul care a determinat invaliditatea);
- c. o copie a documentelor medicale care să arate motivele invalidității permanente (bilet de ieșire din spital, raportul medicului curant/ expert);
- d. copia procesului verbal de la locul accidentului/ alte documente de la organele statului competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la producerea evenimentului asigurat, dacă aceasta s-a datorat unui accident rutier/ de muncă;
- e. raportul de analiză toxicologică/expertiza medico legala a Membrului Asigurat în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;
- f. o declarație pe proprie răspundere a Membrului Asigurat, din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii accidentului, în cazul în care acesta a fost implicat într-un alt fel de accident decât rutier/ de muncă;
- g. o copie după fișa medicală a Membrului Asigurat sau o adeverință semnată de către medicul de familie din care să reiasă istoricul medical al acestuia la momentul semnării declarației de sănătate, cuprinsă în Certificatul de Asigurare (doar în cazul în care invaliditatea a survenit din cauze medicale);
- h. o copie a actului de identitate a Membrului Asigurat;
- i. o copie a contractului de credit;
- j. o copie a certificatului de asigurare;
- k. graficul inițial și actual de rambursare.

12.1.3 În cazul Incapacității Temporare de Muncă a Membrului Asigurat:

- a. formularul "Notificarea Evenimentului Asigurat", completat și semnat de Membrul Asigurat;
- b. o copie a certificatului medical ce atestă incapacitatea temporară de muncă, eliberat de un medic de specialitate sau de o unitate sanitară acreditată potrivit legislației în vigoare, în care să fie menționat diagnosticul respectiv și perioada incapacității temporare de muncă;
- c. o copie a documentelor medicale care să ateste incapacitatea temporară (biletul de ieșire din spital, în cazul în care Membrul Asigurat a fost spitalizat, raportul medicului curant);
- d. o copie după fișa medicală a Membrului Asigurat sau o adeverință semnată de către medicul de familie, din care să reiasă istoricul medical al Membrului Asigurat, la momentul semnării declarației de sănătate, cuprinsă în Certificatul de Asigurare;
- e. copia procesului verbal de la locul accidentului/ alte documente de la organele statului competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la producerea evenimentului asigurat, dacă aceasta s-a datorat unui accident rutier/ de muncă;
- f. raport de analiză toxicologică/expertiza medico legala a Membrului Asigurat în cazul în care acesta a fost impus prin lege;
- g. o declarație pe proprie răspundere a Membrului Asigurat, din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii accidentului, în cazul în care acesta a fost implicat într-un alt fel de accident decât rutier/ de muncă;
- h. copie după actul de identitate a Membrului Asigurat;
- i. adeverință eliberată de angajator din care să reiasă statutul de angajat (pentru Membrul Asigurat care are acest statut);
- j. adeverință eliberată de ANAF sau de autoritatea competentă, din care să reiasă statutul socio-profesional înregistrat;
- k. o copie a contractului de credit;
- l. o copie a certificatului de asigurare;
- m. graficul inițial și actual de rambursare.

12.1.4 În cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă a Membrului Asigurat:

- a. formularul "Notificarea Evenimentului Asigurat", completat și semnat de Membrul Asigurat;
 - b. decizia de concediere, prin care se atestă încetarea contractului individual de muncă;
 - c. dispoziția privind stabilirea dreptului la indemnizația de șomaj, care atestă că Membrul Asigurat figurează în evidențele Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă și beneficiază de indemnizație de șomaj;
 - d. adeverință eliberată de angajator/angajatori care să ateste vechimea în muncă atât pentru perioada anterioară semnării Cererii de Aderare cât și la data producerii evenimentului asigurat;
 - e. carnetul de șomer vizat și ștampilat lunar de Agenția pentru Ocuparea Forței de muncă/ cuponul șomaj/ adeverință eliberată de Agenția pentru Ocuparea Forței de muncă, care să ateste încasarea lunară a indemnizației de șomaj;
 - f. o copie a actului de identitate a Membrului Asigurat;
 - g. o copie a contractului de credit;
 - h. o copie a certificatului de asigurare;
 - i. graficul inițial și actual de rambursare.
- g. o declarație pe proprie răspundere a Membrului Asigurat, din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii accidentului, în cazul în care acesta a fost implicat într-un alt fel de accident decât rutier/ de muncă;
 - k. o copie a actului de identitate a Membrului Asigurat;
 - l. o copie a contractului de credit;
 - m. o copie a certificatului de asigurare;
 - n. graficul inițial și actual de rambursare.

12.2 Pe întreaga perioadă a Incapacității Temporare de Muncă și a Pierderii Involuntare a Locului de Muncă a Membrului Asigurat, persistența acestora va fi dovedită Asiguratorului de către Membrul Asigurat cel puțin o dată în cursul unei luni calendaristice. În cazul neprezentării acestor dovezi, Asiguratorul va considera suspendată obligația sa de a oferi Indemnizația de Asigurare pentru perioada respectivă.

12.3 Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita Membrului Asigurat alte documente pe care Asiguratorul le consideră necesare clarificării circumstanțelor producerii Evenimentului Asigurat și de a examina faptele pe cont propriu.

Art. 13 Excluderi

13.1. Asiguratorul nu datorează Indemnizații de Asigurare pentru evenimentele produse în legătură directă sau indirectă cu situațiile de mai jos sau cu consecințele acestora, după caz.

13.1.1. Excluderi generale in caz de deces:

12.1.5 În cazul Spitalizării ca urmare a unei boli sau a unui accident a Membrului Asigurat:

- a. formularul "Notificarea Evenimentului Asigurat", completat și semnat de Membrul Asigurat;
- b. o copie a fișei medicale a Asiguratului sau o adeverință semnată de către medicul de familie, din care să reiasă istoricul medical anterior intrării în asigurare;
- c. o copie a fișei de observație a pacientului emisă de spital;
- d. o copie a biletului de ieșire din spital/ scrisoare medicală;
- e. certificat de analiză toxicologică a Membrului Asigurat în cazul în care acesta a fost impus prin lege;
- f. copia procesului verbal de la locul accidentului / alte documente de la organele statului competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la spitalizarea Membrului Asigurat, dacă aceasta s-a datorat unui accident rutier/ de muncă;

- a. participarea activă a Membrului Asigurat la: acte de război (declarat sau nu), ostilități militare, invazie, insurecție, acte de sabotaj, terorism, rebeliune
- b. participarea Membrului Asigurat la orice acțiune ilegală;
- c. sinuciderea/ tentativă de sinucidere/ auto-vatamare intenționată în primii doi ani de la data intrării în asigurare
- d. consumul de droguri, administrarea de medicamente (altele decât cele prescrise de medic), abuzul de alcool peste limitele legale, etilism și boli cauzate de consumul de alcool;
- e. participarea la acțiuni aviatice în altă calitate decât cea de pasager plătit într-un elicopter sau avion cu aripi fixe care transportă în mod autorizat călători prin zboruri de linie sau charter;
- f. aderarea, practicarea sau participarea la antrenamente pentru: sporturi periculoase sau extreme precum: planorism, zbor cu balonul/ parapanta, parasutism, speologie,

alpinism, vanatoare, scufundari; participarea la competiții, întreceri sau curse folosind orice tip de mijloace de locomoție.

- g. contaminarea radioactiva prin expunerea voluntara sau involuntara a corpului la energie nucleara sau rezultatul unei explozii, radiatii sau orice consecinte in operatiuni de razboi sau militare sau in timp de pace.

13.1.2. Excluderi generale în caz de invaliditate totală și permanentă, incapacitate temporară de muncă, pierderea involuntară a locului de muncă și spitalizare:

- a. participarea activa la război sau orice act de război (declarat sau nu), invazie, insurecție, acte de sabotaj, terorism, revolte și orice fel de operațiuni militare (terestre, aeriene sau navale);
- b. participarea Membrului Asigurat la orice acțiune ilegală așa cum este definită în Codul Civil;
- c. tentativă de sinucidere, auto-vătămare intenționată sau neintenționată, indiferent de starea sa mentală, în primii 2 ani de la data intrării în asigurare;
- d. consumul de droguri, administrarea de medicamente (altele decât cele prescrise de medic), abuzul de alcool peste limitele legale, etilism și boli cauzate de consumul abuziv de alcool;
- e. participarea la acțiuni aviatice în altă calitate decât cea de pasager plătit într-un elicopter sau avion cu aripi fixe care transporta în mod autorizat călători prin zboruri de linie sau charter;
- f. aderarea, practicarea sau participarea la antrenamente pentru: sporturi periculoase sau extreme, competiții, întreceri sau curse folosind orice tip de mijloace de locomoție precum și toate sporturile profesionale, încercarea de a atinge recorduri;
- h. expunerea voluntară sau involuntară a corpului la energie nucleară sau rezultatul unei explozii, radiații sau orice alte consecințe în operațiuni de război sau militare sau în timp de pace;
- j. orice sport practicat profesional, activități subacvatice, sporturi alpine, navigare în larg, orice sport care necesită utilizarea de aparate de zbor, autovehicule sau participarea unui animal;
- k. orice invaliditate totală permanentă dobândită în perioada anterioară întrării în asigurare;
- l. manipularea armelor, a substanțelor explozive, inflamabile și/ sau toxice, în lipsa

unei calificări de specialitate corespunzătoare.

13.3. Excluderi Specifice pentru Asigurare în caz de Invaliditate Totală și Permanentă, Asigurare în caz de Incapacitate Temporară de Muncă și Spitalizare (în completarea celor de la art. 13.2):

- a. intervenții chirurgicale opționale, chirurgia cosmetică/ estetică opțională, electivă, donarea de organe;
- b. tratarea dependenței, dezintoxicării și a tulburărilor de somn;
- c. sarcina, nașterea, întreruperea voluntară a sarcinii și consecințele acestora;
- d. afecțiuni neuro-psihoice și consecințele acestora;
- e. orice procedură medicală efectuată de un practician neautorizat;
- f. sterilizarea, inseminarea artificială, investigarea/ diagnosticarea și tratamentul infertilității.

13.4. Excluderi specifice pentru Asigurarea în caz de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă:

- a. pierderea locului de muncă survenită sau comunicată Membrului Asigurat de către Angajator înaintea datei convenite pentru începerea Asigurării;
- b. pierderea locului de muncă survenită ca urmare a săvârșirii unor abateri disciplinare, cercetate de Angajator în conformitate cu prevederile Codului Muncii;
- c. încetarea contractului de muncă survenită la inițiativa Membrului Asigurat sau prin acordul părților, cu excepția următoarelor cazuri:
 - demisia Membrului Asigurat survine ca urmare a neplății salariilor sau compensațiilor salariale de către Angajator timp de cel puțin trei luni calendaristice, caz în care acesta este obligat să demonstreze situația prin prezentarea demisiei înregistrate de Angajator, inclusiv specificarea expresă a acestui motiv;
 - acordul părților de încetare a raportului de muncă intervine ca urmare a falimentului declarat al Angajatorului, urmat de începerea procedurii de lichidare judiciară;
- d. încetarea contractului de muncă survenită în cursul sau la sfârșitul perioadei de probă;
- e. încetarea de drept a contractului de muncă încheiat pe o perioadă determinată.

Art. 14 Impozitarea

14.1. Asigurătorul are dreptul de a efectua acele deduceri pe care le consideră adecvate din orice beneficii care pot fi primite în baza Asigurării, pentru acoperirea oricărui impozit sau a oricărei alte plăți care ar putea fi impuse Asigurătorului sau Contractantului Asigurării prin legislație, prin ordine, reglementări sau în alt mod. Deductibilitatea contractelor de asigurare este conformă cu prevederile **Codului Fiscal** în vigoare, cu modificările și completările ulterioare.

Art.15 Petiții și soluționarea litigiilor

15.1. Orice nemulțumire reclamată de către Membrul Asigurat în legătură cu interpretarea și executarea Termenilor și Condițiilor de Asigurare va fi soluționată prin formularea unei petiții scrise la sediul Asiguratorului ori prin posta electronică. Această petiție va fi analizată de către Asigurator și va fi finalizată prin transmiterea, în termen de maximum 30 de zile calendaristice, a unui răspuns scris, punctual și argumentat către Petent.

În cazul imposibilității rezolvării amiabile, Petentul se va putea adresa cu o plângere Autorității de Supraveghere Financiară (ASF) sau Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor, ori va putea sesiza instanțele judecătorești competente.

În vederea rezolvării disputelor dintre Asigurător și Membrul Asigurat se vor putea utiliza metodele alternative de soluționare a litigiilor în conformitate cu prevederile legale în vigoare, respectiv **Regulamentul nr. 4/2016** privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN). În acest sens pentru soluționarea unui litigiu cu un profesionist/ comerciant prin aplicarea procedurii SAL-, consumatorul trebuie să își exprime această opțiune în mod voluntar și să se adreseze SAL-FIN în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

Încercarea amiabilă de soluționare a litigiului dintre părți nu reprezintă o restrângere a dreptului Contractantului/Asiguratului de a se adresa instanțelor de judecată competente și de a urma procedurile legale de soluționare a litigiului.

15.2. Toate litigiile care ar putea fi prilejuite de existența sau derularea contractului de asigurare și care nu au putut fi rezolvate pe cale amiabilă în conformitate cu prevederile legale vor fi atribuite spre competență soluționare a instanțelor de judecată din România.

Art. 16 Fondul de garantare

16.1. Fondul de Garantare al asiguraților, astfel cum este definit de **Legea nr. 213/2015** privind Fondul de garantare a asiguraților are ca scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui asigurator. Fondul garantează plata de indemnizații/ despăgubiri în cazul falimentului unui asigurator, cu respectarea plafonului de garantare și în limita resurselor financiare disponibile la momentul plății, așa cum sunt definite la **art. 5** în **Legea 213/2015**. În cazul în care disponibilitățile Fondului nu sunt suficiente pentru acoperirea cuantumului sumelor convenite creditorilor de asigurări, creanțele acestora vor putea fi onorate pe măsura alimentării Fondului cu resursele financiare prevăzute de lege.

Art. 17 Corespondența referitoare la asigurare

17.1. Adresa pentru corespondența oficială a Asiguratorului este cea a sediului său social. Dacă Membrul Asigurat nu a transmis o notificare scrisă Asiguratorului privind modificarea domiciliului, atunci adresa sa pentru corespondența oficială este cea menționată în Certificatul de Asigurare iar toată corespondența trimisă la ultima sa adresă cunoscută va avea efecte juridice depline. Efectuarea notificărilor reciproce între Asigurător și Membrul Asigurat se probează cu recipisa poștală sau alt mijloc care atestă primirea mesajului.

17.2. Comunicările care au o natură generală, fiind adresate tuturor clienților se vor face prin publicare pe site-ul www.bcrasigviata.ro și/ sau printr-un alt mijloc de comunicare în masă.

17.3. Spre deosebire de Comunicări, Notificările și Informările sunt adresate clientului în mod direct.

Cu excepția situațiilor în care o formă anume de notificare este prevăzută în mod expres printr-o prevedere legală, BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA poate transmite orice notificare către client prin oricare dintre mijloacele: scrisoare simplă sau scrisoare recomandată cu confirmare de primire, curier, apel telefonic, fax, SMS, email sau orice alt mijloc de comunicare.

Orice notificare făcută de către BCR Asigurări de Viață Vienna Insurance Group SA printr-un curier sau poștă va fi considerată că fiind primită de către Membrul Asigurat în a cincea (5) zi lucrătoare de la expediere, dacă nu există dovadă primirii mai devreme de către Membrul

Asigurat. Orice notificare transmisă prin fax, SMS, email sau printr-un alt mijloc de comunicare electronică este considerată a fi primită de către client în ziua expedierii.

17.4. Raportul privind solvabilitatea și stabilitatea financiară pregătit în conformitate cu prevederile **Legii nr. 237/2015** privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare și regimul Solvabilitate II, se regăsește pe website-ul Societății www.bcrasigviata.ro, în secțiunea **Rapoarte Anuale**.

Art. 18 Legea aplicabilă asigurării

18.1. Legea aplicabilă acestor Condiții de asigurare este legea română, inclusiv dar fără a se limita la **Legea nr. 236/2018** privind distribuția de asigurări, **Codul Civil** și **Legea nr. 237/2015** privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare.

Art. 19 Prevederi finale

19.1. Prezenta Asigurare nu reprezintă un plan de economisire sau capitalizare și în consecință nu are valoare de răscumpărare și nu poate fi transformată în asigurare cu suma asigurată redusă.