

PREVEDERI GENERALE

1. Condițiile de asigurare aferente Asigurării pentru afecțiuni grave sunt parte integrantă a Contractului de asigurare pentru afecțiuni grave (denumit în cele ce urmează "Contractul de asigurare") pe care Contractantul îl încheie cu Societatea de asigurare (denumită în continuare "Asigurătorul").
2. Condițiile de asigurare împreună cu Oferta care a stat la baza Asigurării, precum și Polița de asigurare, sunt parte integrantă a Contractului de asigurare, pe care Contractantul asigurării îl încheie cu Societatea de asigurare. Aceștia li se adaugă documentele precontractuale (Informarea precontractuală, Nota de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal, Formularul de analiză a cerințelor și necesităților Contractanților, Documentul de informare privind produsul de asigurare) și alte informații legale, după caz.

ART.1 PIAȚA ȚINTĂ ȘI CONDIȚII DE ELIGIBILITATE

- 1.1. Contractantul asigurării are întotdeauna și calitatea de Asigurat și poate fi o Persoană fizică, cetățean român sau cetățean străin cu domiciliul în România, respectiv rezident în România.
- 1.2. Această asigurare poate fi încheiată doar pentru persoane fizice care îndeplinesc următoarele condiții de eligibilitate la data încheierii Contractului de asigurare:
 - a) au vârsta de minimum 18 (optsprezece) ani și nu depășesc vârsta maximă de 55 (cincizeciséci) de ani împliniți la Data intrării în asigurare;
 - b) au domiciliul sau rezidența pe teritoriul României;
 - c) pot confirma integral Declarația privind starea de sănătate din cadrul documentației contractuale.Vârsta maximă la terminarea Contractului de asigurare pentru Asigurat/ Contractant este de 60 (șaizeci) ani, inclusiv.

ART.2 DEFINIȚII

Termenii utilizați au următorul înțeles:

- 2.1. **A doua opinie medicală (denumită în cele ce urmează "SMO"):** Serviciu medical oferit Asiguratului, dacă Contractantul a optat la încheierea Contractului pentru acest Risc asigurat, în parteneriat cu MediGuide International (denumită în cele ce urmează "MediGuide"), cu sediul în SUA, 4001 Kennett Pike Suite 218 Greenville, DE 19807.
- 2.2. **Afecțiune medicală pre-existentă:** Oricare manifestare, leziune, afecțiune sau orice altă condiție medicală, ale cărei simptome s-au manifestat sau care a apărut anterior Datei de început a Contractului de asigurare, pentru care Asiguratul a fost sau este în curs de investigare și/ sau a fost diagnosticat și/ sau i s-a făcut o recomandare medicală (indiferent dacă recomandarea a fost sau nu urmată).
- 2.3. **Agent Afiliat:** Raiffeisen Bank S.A., persoană juridică română, cu sediul în București, Calea Floreasca, nr. 246C, sector 1, cod poștal 014476, având codul unic de înregistrare 361820, înregistrată în Registrul Comerțului sub nr. J40/40/1991, înregistrată în Registrul Bancar sub nr. RB-PJR-40-009/1999, Cod Unic de Înregistrare în Registrul Intermediarilor în asigurări RAJ - 500196 înregistrat la Autoritatea de Supraveghere Financiară și poate desfășura activitatea de intermediere în baza contractului de agent încheiat cu Asigurătorul.
- 2.4. **Aniversare Contract de asigurare:** Fiecare aniversare a Datei de început a Contractului de asigurare.
- 2.5. **Asigurător:** UNIQA Asigurări de viață S.A., Str. Nicolae Caramfil nr. 25, sector 1, București, Cod poștal 014141, Înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului J/40/23525/1992, Cod unic de înregistrare 1589754, Societate administrată în sistem dualist, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înmatriculată în Registrul Asigurătorilor sub nr. RA – 003/2003, Cod LEI 529900L3YL1512DQN720, Telefon Contact Center: 0374.400.410, e-mail: viata@uniqa.ro, website: www.uniqa.ro.
- 2.6. **Beneficiar:** Persoană fizică care are calitatea de Asigurat sau, în cazul decesului acestuia înainte de data plății Indemnizației de asigurare, persoana/le fizică/e care în temeiul legii au calitatea de moștenitori legali sau testamentari.
- 2.7. **Contractant:** Persoana fizică care încheie cu Asigurătorul un Contract de asigurare și se angajează să plătească Primele de asigurare la termenele stabilite în Polița de asigurare și a cărei sănătate constituie obiectul Contractului de asigurare.
- 2.8. **Contract de asigurare:** Expresia hotărârii liber consimțite a părților, prin care Contractantul se obligă să plătească Prima de asigurare cel târziu la data scadență, în schimbul preluării de către Asigurător a Riscului asigurat pentru Asigurat. Încheierea Contractului de asigurare se materializează prin emiterea Poliței de asigurare.
- 2.9. **Data de început a Contractului de asigurare:** Data de la care începe răspunderea Asigurătorului prin preluarea Riscului asigurat, prevăzută în Polița de asigurare, dar nu mai devreme de ora 00:00 a zilei imediat următoare plății celei dintâi rate de primă.
- 2.10. **Data de încetare a Contractului de asigurare:** Data la care obligațiile Asigurătorului încetează, conform Contractului de asigurare.
- 2.11. **Denunțarea/ Rezilierea Contractului de asigurare:** Încetarea Contractului de asigurare, cu efecte pentru viitor, inițiată de către oricare dintre părți, în condițiile prevăzute de Contractul de asigurare și de legislația română în vigoare.
- 2.12. **Dosar de daună:** Totalitatea documentelor pe baza cărora se va evalua plata Indemnizației de asigurare sau va fi acordată

A doua opinie medicală.

2.13. Durata Contractului de asigurare: Perioada de timp în care sunt în vigoare raporturile de asigurare dintre Contractantul asigurării și Asigurător, așa cum au fost ele stabilite în Contractul de asigurare.

2.14. Evaluarea riscului: Procesul prin care Asigurătorul determină dacă și, după caz, în ce condiții se vor acorda acoperirile prin Contractul de asigurare potențialului Asigurat, pe baza informațiilor primite în scris.

2.15. Eveniment/ Risc asigurat:

2.15.1 Diagnosticarea Asiguratului, pentru prima dată pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, cu una dintre cele 5 (cinci) **Afecțiuni grave** acoperite prin prezentele Condiții contractuale, definite și încadrate conform criteriilor specificate la fiecare Afecțiune gravă în parte, conform art. 3.1.1, și care nu se află pe lista excluderilor (menționate la fiecare afecțiune gravă sau la articolul 8 - "Excluderi"). Evenimentul asigurat este acoperit dacă Asiguratul supraviețuiește cel puțin o perioadă de 14 (paisprezece) zile de la data producerii acestuia.

2.15.2 A doua opinie medicală (SMO) serviciu de consiliere medicală acordat la solicitarea Asiguratului sau a împuternicitului/reprezentantului acestuia pentru afecțiuni care respectă criteriile de art. 3.1.2, dacă Contractantul a optat la încheierea Contractului pentru acest Risc asigurat (serviciu).

Riscurile acoperite (evenimentele asigurate), conform celor definite anterior, sunt menționate în Polița de asigurare.

2.16. Excluderi: Situații în care Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare sau pentru care nu se acorda SMO. Aceste situații sunt expres prevăzute în condițiile de asigurare în Contractul de asigurare sau în alte anexe de modificare a Contractului de asigurare emise de Asigurător, asupra cărora părțile contractuale convin.

2.17. Indemnizație de asigurare: Suma plătită Beneficiarului, de către Asigurător, conform Contractului de asigurare, în caz de producere a Riscului asigurat.

2.18. Interes asigurabil: Condiție de bază pentru valabilitatea Contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară a Asiguratului în ceea ce privește interesul său de a beneficia de Indemnizația de asigurare pentru Afecțiuni grave și, după caz, de acordarea serviciului SMO.

2.19. Îmbolnăvire: Orice modificare patologică organică sau funcțională a stării normale de sănătate, diagnosticată de un medic autorizat.

2.20. Medic: Persoană care deține o diplomă medicală și este autorizată să practice această profesie, acționând în limitele specialității licenței sale.

2.21. Perioada de așteptare: Perioada de timp de 3 (trei) luni, calculată de la data de început a Contractului de asigurare.

2.22. Perioada de grație: Intervalul de 1 (o) lună, după scadența Primei de asigurare (excepție făcând întâia rată de primă), calculat începând cu prima zi în care Prima de asigurare este scadentă și neachitată, în care se poate plăti Prima de asigurare restantă și în care Polița de asigurare rămâne în vigoare, cu toate atributele ei, riscurile fiind în continuare acoperite.

2.23. Perioada de plată a primelor de asigurare: Durata menționată în Polița de asigurare, pe parcursul căreia primele de asigurare sunt achitate de către Contractant, conform scadențelor de plată.

2.24. Perioada de suspendare: Intervalul de 2 (două) luni calculate începând cu expirarea Perioadei de grație în care are loc întreruperea temporară a Contractului de asigurare, ca urmare a neplății Primei de asigurare scadente.

2.25. Persoana asigurată/ Asigurat: Persoana fizică a cărei stare de sănătate constituie obiectul Contractului de asigurare, și care are întotdeauna și calitatea de Contractant.

2.26. Prima de asigurare: Suma de bani pe care Contractantul trebuie să o plătească Asigurătorului, până la scadența stabilită prin Contract și menționată în Polița de asigurare, în schimbul protecției oferite de Asigurător.

2.27. Scadența de plată: Data până la care Contractantul trebuie să plătească Prima de asigurare, conform frecvenței de plată menționată în Polița de asigurare.

2.28. Suma asigurată: Suma maximă pe care Asigurătorul o va plăti Asiguratului sau, după caz, Beneficiarului/ilor în conformitate cu Contractul de asigurare, la apariția unui Eveniment asigurat.

ART.3 OBIECTUL ASIGURĂRII, RISCUL ASIGURAT

3.1. În schimbul achitării primei de asigurare în condițiile și la termenele menționate în prezentele Condiții de asigurare, Asigurătorul garantează plata indemnizației de asigurare, respectiv acordarea SMO, la producerea următoarelor evenimente asigurate:

- în caz de diagnosticare pentru prima dată pe perioada Contractului de asigurare cu una dintre cele 5 (cinci) afecțiuni grave, menționate la art. 3.1.1, și cu respectarea prevederilor de la art. 2.21 și art. 2.15.1 conform Sumelor asigurate pentru care Contractantul a optat la data semnării/ acceptării Ofertei de asigurare, și numai în împrejurările și după modalitățile enunțate în prezentele Condiții de asigurare;
- Asiguratul, respectiv reprezentantul/împuternicitul acestuia, solicită furnizarea SMO, în cazul în care a optat la data semnării/acceptării Ofertei de asigurare pentru beneficiul suplimentar privind acordarea acesteia, în conformitate cu Condițiile de asigurare.

3.1.1 Afecțiuni grave care, în accepțiunea prezentelor condiții contractuale, sunt reprezentate de: Cancer, Accident Vascular Cerebral, Infarct Miocardic Acut, Insuficiență Renală Cronică, Scleroză Multiplă, așa cum sunt definite mai jos.

3.1.1.1. Cancer: Prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, inclusiv leucemiile (altele decât leucemia limfatică cronică), limfoamele, boala Hodgkin, tumori caracterizate prin creșterea și diseminarea celulelor maligne, având ca efect invazia și distrugerea țesuturilor normale.

Criterii ce trebuie îndeplinite:

- a. Diagnosticul trebuie să fie confirmat de un medic de specialitate oncolog practician;
- b. La cererea de acordare a indemnizației trebuie atașat buletinul histopatologic (anatomopatologic) și investigațiile paraclinice pe baza cărora s-a stabilit diagnosticul și s-a clasificat afecțiunea.

Sunt excluse de la plata Indemnizației de asigurare:

- a. Tumori în situ sau neinvazive, displazia, sau tumori care sunt descrise histopatologic ca tumori premaligne;
- b. Hipercheratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii (maxim stadiul I – tumora este mai mică de 2 (doi) centimetri și care nu s-a diseminat în ganglionii limfatici sau în alte organe);
- c. Toate carcinoamele pielii de tip scuamos, în afara situației în care există diseminări în alte organe (metastaze);
- d. Cancerul de prostată, descris histopatologic în clasificarea TNM ca T1 (inclusiv T1(a), T1(b) sau T1(c), sau conform unei clasificări echivalente sau unei clasificări inferioare.

3.1.1.2 Accident vascular cerebral: Deteriorarea țesutului cerebral, ca urmare a unui accident cerebro-vascular hemoragic, embolic sau trombotic, asociat cu instalarea bruscă a unui deficit neurologic însoțit de semne și simptome neurologice confirmate de un medic de specialitate neurolog practician și susținute de rezultatele investigațiilor medicale: RMN, CT etc.

Criterii ce trebuie îndeplinite:

Afectarea neurologică permanentă trebuie confirmată de medicul de specialitate neurolog practician, după cel puțin 3 (trei) luni de la Accidentul vascular cerebral.

Sunt excluse de la plata Indemnizației de asigurare:

- a. Hemoragie cerebrală provocată de leziuni traumatice, posttraumatice sau hipoxie;
- b. Accidentul ischemic tranzitor;
- c. Simptomele cerebrale migrenoase sau dureroase;
- d. Sindromul lacunar cu deficit neurologic.

3.1.1.3 Infarct miocardic acut: Necroza/ Pierdere ireversibilă a funcției unei porțiuni a mușchiului cardiac (miocard) ca rezultat al unui flux sanguin insuficient în zona afectată.

Criterii ce trebuie îndeplinite – diagnosticul trebuie susținut de minimum 3 (trei) din următoarele criterii:

- a. Simptomatologie clinică specifică;
- b. Modificări EKG specifice recente la nivelul segmentului ST-T sau apariția unui bloc nou de ramură stângă sau apariția de unde Q patologice;
- c. Creștere cu valoare diagnostică a enzimei cardiace: CK-MB cu cel puțin 4% mai mare decât limita normalului, mioglobina mai mare de 100 mg/dL;
- d. Creștere cu valoare diagnostică a troponinei (nivelului troponinei T mai mare de 1 ng/ml; nivelul Accu Tnl mai mare de 0,5 ng/ml sau echivalentul nivelului troponinei I măsurat prin alte metode);
- e. Frație de ejeție a ventriculului stâng mai mică de 45%, determinată la peste 3 (trei) luni de la episodul acut.

Condiție suplimentară: Indemnizația poate fi plătită chiar dacă unele dintre criteriile definite mai sus nu sunt exact întrunite ca urmare a tratamentului precoce (tromboliză sau dilatare cu balon), pe baza unor dovezi certe care să evidențieze existența infarctului miocardic acut având ca rezultat permanent reducerea fracției de ejeție ventriculară stângă la mai puțin de 45%, măsurabilă la cel puțin 3 (trei) luni de la producerea infarctului miocardic acut, pentru minimum 2 (două) luni consecutive.

Orice alt sindrom coronarian acut inclusiv, dar nu limitativ, de tipul anginei pectorale, este exclus de la plata Indemnizației de asigurare.

3.1.1.4 Insuficiență renală cronică: Stadiul final, demonstrat prin alterarea cronică, ireversibilă, a funcției ambilor rinichi și care impune dializa permanentă (hemodializă sau dializă peritoneală) sau transplant renal. Diagnosticul trebuie confirmat de către un medic de specialitate nefrolog practician.

Sunt excluse de la plata Indemnizației de asigurare:

- a. Insuficiența renală în stadiul compensat;
- b. Insuficiența renală unilaterală;
- c. Insuficiența renală fără dializă regulată sau transplant.

3.1.1.5 Scleroza multiplă (Leuconevraxită/ Scleroză în plăci/ Scleroză diseminată/ Encefalomielită diseminată): Afecțiune inflamatorie în care tecile de mielină din jurul axonilor de la nivelul creierului și măduvei spinării se deteriorează ducând la demielinizare și cicatrizare, precum și la un spectru larg de semne și simptome specifice.

Criterii ce trebuie îndeplinite:

- a. Diagnosticul trebuie confirmat de către un medic de specialitate neurolog practician. Raportul medicului neurolog trebuie să ateste deficiențe neurologice ireversibile; caracterul ireversibil poate fi confirmat la cel puțin 6 (sase) luni de la data stabilirii diagnosticului;
- b. Deficiențele neurologice ireversibile trebuie să fie de natură să producă cel puțin unul dintre următoarele efecte:
 - paralizia membrelor;
 - imobilizarea Asiguratului într-un scaun cu rotile, ca urmare a acestei patologii.
- c. Diagnosticul trebuie susținut de RMN sau CT, precum și de analiza lichidului cefalorahidian (LCR), eventual și a potențialelor evocate.

Afecțiunile sistemului nervos central generate de alte cauze (ex: vasculare, bacteriene, virale) sunt excluse de la plata Indemnizației de asigurare.

3.1.2 A doua opinie medicală (SMO) - în cazul diagnosticării cu o boală/afecțiune/condiție medicală, înainte de data de intrare în vigoare a prezentului Contract de asigurare sau pe parcursul perioadei de asigurare, Asiguratul sau reprezentantul acestuia pot să contacteze reprezentantul MediGuide din România, la numărul de telefon **0800.896.336** sau la adresa de email uniqamso@coris.ro, pentru a iniția procedura de solicitare a celei de-a doua opinii medicale, în scopul reanalizării diagnosticului existent, a aprecierii oportunității unei proceduri medicale sau a unui plan de tratament care a fost recomandat. Pentru acest Risc asigurat Asigurătorul nu datorează Asiguratului Indemnizație de Asigurare, acoperirea constând în oferirea unei opinii medicale.

3.1.2.1 Obligații Asigurător prin intermediul MediGuide:

- a. În 12 (douăsprezece) ore lucrătoare de la contactarea de către Asigurat/ reprezentantul acestuia a MediGuide pentru solicitarea SMO, MediGuide va trimite către solicitant un formular specific, în vederea completării și semnării acestuia.
- b. MediGuide își va pune la dispoziție serviciile 24 de ore din 24, 365 de zile pe an, prin intermediul companiei care oferă asistență.
Medicii care asigură SMO sunt în măsură sa ia în considerare doar acele informații medicale care au fost furnizate de către Asigurat sau de către reprezentantul/ții săi legal/i, sau de către cadrele medicale locale în evidența/ îngrijirea cărora se află Asiguratul. Medicii care asigură SMO nu sunt responsabili pentru caracterul complet și validitatea informațiilor medicale furnizate de către Asigurat / reprezentantul/ții său/săi sau de către cadrele medicale locale în evidența/ îngrijirea cărora se află Asiguratul;
MediGuide va propune în 3 (trei) zile lucrătoare de la primirea solicitării 3 (trei) centre medicale care, din evidențele interne, pot furniza cea mai bună evaluare SMO pentru afecțiunea/ boala/ condiția medicală cu care Asiguratul a fost diagnosticat.
- c. MediGuide va transmite SMO în maxim 10 (zece) zile lucrătoare de la primirea de la Asigurat/ reprezentantul acestuia a ultimului document solicitat;
- d. MediGuide va suporta cheltuielile pentru traducerea documentației legate de A doua opinie medicală. Raportul va fi pus la dispoziția Asiguratului/ reprezentantului acestuia și a medicului în evidența caruia se află pentru afecțiunea respectivă, în limba română și va conține o reconfirmare/ reevaluare a diagnosticului inițial, după caz, precum și un plan pentru tratamentul/ procedurile medicale considerat/e necesar/e, oferite de o Comisie de specialiști cu expertiză în diferite specializări medicale, care au analizat documentația care le-a fost pusă la dispoziție.
- e. Raportul privind A doua opinie medicală va fi transmis în format fizic, prin poștă, sau în format electronic, la adresa comunicată de Asigurat/ reprezentantul acestuia, respectiv pe adresa care a fost comunicată ca aparținând medicului în evidența caruia se află pentru afecțiunea/ boala/ condiția medicală pentru care s-a solicitat SMO.
- f. Istoricul medical al Asiguratului nu va fi luat în considerare pentru a determina eligibilitatea pentru a accesa A doua opinie medicală, dar cu respectarea prevederilor de la art. 3.1.2.4 .

3.1.2.2 Obligațiile Asiguratului, în vederea obținerii SMO:

- a. Pentru a beneficia de A doua opinie medicală, este necesar ca Asiguratul/ Contractantul să fi achitat integral prima de asigurare, inclusiv pentru luna de asigurare în care solicită SMO;
- b. La diagnosticarea cu o boală/ afecțiune, solicitarea SMO nu poate fi făcută dacă apar situații prevăzute la art. 3.1.2.4
- c. Dacă boala/ afecțiunea diagnosticată/ condiția medicală este acoperită prin SMO, atunci Asiguratul trebuie să contacteze Reprezentantul MediGuide în România, la numărul de telefon **0800.896.336**, care este disponibil 24 de ore din 24, 365 de zile pe an.
În vederea oferirii serviciului, la momentul solicitării SMO, Asiguratul va completa și semna formularul specific transmis de către MediGuide, în vederea transmiterii informațiilor medicale;
- d. Va furniza documentele medicale pentru boala/ afecțiunea respectivă a cărei diagnosticare/ evaluare nu este mai veche de 1 (un) an, calculat în raport cu data inițierii solicitării SMO.
- e. Va selecta unul dintre cele 3 (trei) centre medicale propuse de MediGuide, de la care va recepționa ulterior SMO.

3.1.2.3 Limitare a răspunderii: Asigurătorul și MediGuide nu își asumă responsabilitatea pentru întâzieri survenite din cauze care pot afecta livrarea de servicii sau executarea obligațiilor prevăzute în prezentul document, sau pentru pierderi sau daune de orice natură survenite ca urmare a furnizării SMO.

Asigurătorul nu este responsabil pentru informațiile furnizate în SMO, și pentru interpretarea și utilizarea acesteia. Asigurătorul nu este responsabil pentru orice pierdere materială și morală cauzată de livrarea cu întârziere sau nelivrarea SMO sau pentru un conținut inadecvat sau incorect al acesteia.

3.1.2.4 Evaluarea prin intermediul SMO nu poate fi oferită dacă:

- a. Nu există un diagnostic stabilit Asiguratului cu privire la afecțiunea/ condiția medicală pentru care se solicită SMO;
- b. Diagnosticul pentru care se solicită SMO are o vechime mai mare de 1 (un) an;
- c. Se impune un tratament medical de urgență - de exemplu, dar fără a se limita la aceasta: operație pe cord pentru salvarea vieții. MediGuide poate oferi serviciul SMO după efectuarea intervenției de urgență;
- d. Este necesară examinarea fizică a Asiguratului, înainte de a formula SMO.

3.2. Prezenta asigurare acoperă Evenimentele asigurate produse atât în România, cât și în străinătate, 24 de ore din 24.

3.3. Contractul de asigurare nu poate fi transformat într-un contract de asigurare cu sumă asigurată redusă, nu prevede participare la profit, nu are valoare de rascumpărare și nu oferă opțiunea de revalorizare (protecție la inflație prin indexare).

ART.4 DATA DE INTRARE ÎN VIGOARE ȘI DURATA CONTRACTULUI

- 4.1.** Contractul de asigurare intră în vigoare începând cu ora 00:00 a datei de început menționată în Polița de asigurare, dar nu mai devreme de ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoarei zilei în care s-a achitat întâia rată de primă.
- 4.2.** Repunerea în vigoare a Contractului de asigurare are loc începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoarei zilei în care s-a achitat Prima de asigurare restantă/ s-au achitat Primele de asigurare restante.
- 4.3.** Anterior intrării în vigoare a Contractului de asigurare, Asigurătorului nu îi revine nicio obligație în baza Contractului de asigurare.
- 4.4.** Contractul de asigurare se încheie pe o perioadă de 1 (un) an, cu posibilitatea de prelungire automată, în condițiile plății Primei de asigurare, cu respectarea prevederilor prezentelor Condiții de asigurare.

ART.5 ÎNCETAREA DE DREPT A CONTRACTULUI DE ASIGURARE

5.1. Contractul de asigurare își încetează efectele în următoarele situații:

- i. prin reziliere sau nulitate, în condițiile prevazute la art.9 din prezentele Condiții de asigurare, în cazul în care, Contractantul/ Asiguratul furnizează Asiguratorului declarații inexacte sau ascunde informații care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurator, ar fi determinat neîncheierea Contractului de Asigurare sau oferirea Contractului de Asigurare în alte condiții;
- ii. la ora 24:00 a zilei de expirare (data de încetare) a Perioadei de asigurare;
- iii. Prin denunțare unilaterală de către Contractant, oricând pe perioada de derulare a Contractului de asigurare, realizată prin transmiterea unei notificari scrise către Asigurator, cu un termen de preaviz de cel puțin 20 (douăzeci) de zile, calculate de la data primirii notificării de către Asigurator. Asiguratorul își rezervă dreptul de a renunța la termenul de preaviz.

Denunțarea asigurării va interveni la prima dintre următoarele date:

- a) data expirării perioadei pentru care a fost plătită prima de asigurare scadentă anterior solicitării de încetare a asigurării;
- b) data solicitării de încetare a asigurării în cazul în care prima scadentă anterior solicitării de încetare nu a fost platită, iar sumele plătite până la acel moment cu titlu de prime de asigurare nu se vor restitui.

Asiguratorul are dreptul de a denunța contractul de asigurare doar la Aniversare.

- iv. prin rezilierea de către Asigurator a Contractului de asigurare, de plin drept fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului și/ sau ale Asiguratului se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea faptelor de spălare a banilor sau de finanțare a actelor de terorism, precum și în cazul în care Contractantul/ Asiguratul este identificat ca fiind obiect al sancțiunilor internaționale;
- v. Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare, fără preaviz, în termen de 20 (douăzeci) zile de la Data de început a Poliței de asigurare sau în termen de 30 (treizeci) zile de la Data de început a Poliței de asigurare în cazul contractelor de asigurare comercializate la distanță. Renunțarea produce efect retroactiv. În acest caz, Asiguratorul va returna Prima de asigurare plătită la semnarea/ acceptarea Ofertei de asigurare. Prima de asigurare nu este purtătoare de dobândă.
- vi. prin rezilierea de către Asigurator a Contractului de asigurare, de plin drept fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, în cazul neplății Primelor de asigurare până la expirarea Perioadei de suspendare, fără existența posibilității de a fi repus în vigoare după împlinirea termenului de 3 (trei) luni de la data primei scadențe neachitate;
- vii. la data la care a fost plătită Indemnizația de asigurare pentru Riscul privind Afecțiunile grave;
- viii. la finalul anului de asigurare în care Asiguratul a împlinit vârsta de 60 (șaizeci) de ani;

ART.6 SUMA ASIGURATĂ

6.1. Sumele asigurate aferente riscului privind Afecțiunile grave sunt menționate în Polița de asigurare, conform opțiunii Contractantului din Oferta de asigurare, în moneda în care este încheiat Contractul de asigurare.

De asemenea, în Polița de asigurare este menționat serviciul SMO, dacă la data semnării/ acceptării Ofertei de asigurare Contractantul a optat pentru acest Risc asigurat.

6.2. În cazul producerii Riscului asigurat se vor aplica prevederile din prezentele Condiții de asigurare anexate Contractului de asigurare.

ART.7 PRIMA DE ASIGURARE

- 7.1. Primele de asigurare se plătesc de Contractant conform scadențelor și cuantumului specificat în Oferta de asigurare, respectiv în Polița de asigurare, în moneda în care este încheiat Contractul de asigurare.
- 7.2. Valoarea primei de asigurare este menționată expres în Oferta de asigurare, respectiv în Polița de asigurare în funcție de moneda acesteia și de Suma asigurată, precum și de Riscurile asigurate pentru care Contractantul a optat.
- 7.3. Primele de asigurare se plătesc cu frecvență lunară, prin orice metodă de plată admisă de Asigurator. Cea dintâi rată de primă de asigurare se va plăti la data semnării/ acceptării Ofertei de asigurare, iar primele următoare se vor plăti conform scadențelor menționate în Polița de asigurare.
- 7.4. Prima de asigurare trebuie achitată în totalitate, în moneda Contractului, conform frecvenței de plată, fără nicio altă notificare din partea Asiguratorului.
- 7.5. Plata își produce efectele în legătură cu Contractul de asigurare începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare datei achitării contravalorii integrale a primei/ a tuturor primelor de asigurare datorate conform scadențelor, nefiind acceptate plăți parțiale de primă, dar nu mai devreme de data de început menționată în Polița de asigurare.
- 7.6. Pentru plata primelor de asigurare, Contractantul va avea disponibilă metoda de plată cu debitare directă, cu următoarele prevederi:
 - Valoarea debitată prin intermediul serviciului de debitare directă a primei de asigurare nu va depăși valoarea primei de asigurare stabilite conform Contractului de asigurare.
 - Pentru scadențele ratelor de primă, Asiguratorul va solicita debitarea la data scadentă înscrisă în Contractul de asigurare.
- 7.7. Contractantul are obligația de a asigura fonduri suficiente în contul din care se efectuează debitarea directă la data respectivă, pentru această tranzacție. În situația în care data scadentă este o zi bancară nelucrătoare, debitarea contului bancar va fi efectuată în prima zi lucrătoare înainte de Scadența de plată.

7.8. Dacă plata nu este efectuată la Scadență (nu se retrage prima de asigurare din contul bancar la Scadență), iar Contractantul are setată ca metodă de plată debitare directă recurentă, Asigurătorul își rezervă dreptul de a efectua solicitări de plată și la alte date diferite de Scadență, la un termen de 7, 15 și 21 zile de la data scadenței fiecărei prime neachitate, timp de maximum 3 (trei) luni de la data primei Scadențe neachitate. Primele de asigurare încasate se vor aloca începând cu cea mai veche Scadență de plată neachitată.

Dacă nici în Perioada de grație nu este posibilă încasarea primei de asigurare întrucât în contul bancar al Contractantului nu există disponibilul necesar și suficient plății primei de asigurare, Acoperirea prin asigurare se suspendă pentru maxim 2 (două) luni calendaristice consecutive, calculate de la data expirării perioadei de grație, după care Asigurarea se reziliază de drept, fără îndeplinirea niciunei alte formalități. În Perioada de suspendare Asigurătorul nu va plăti despăgubiri pentru niciun risc asigurat survenit în această perioadă.

7.9. Repunerea în vigoare a Contractului se va face fără a necesita o reevaluare a riscului, în cazul în care condițiile în care Asigurarea a fost încheiată au rămas neschimbate și Asigurătorul nu a fost înștiințat cu privire la producerea unui Risc asigurat.

7.10. După expirarea a 3 (trei) luni de la data celei dintâi scadențe neachitate, Asigurătorul consideră reziliat Contractul de asigurare, fără altă înștiințare prealabilă, cu începere de la data celei dintâi prime scadente neachitate. După rezilierea Contractului în astfel de condiții nu mai este posibilă repunerea lui în vigoare (reluarea acoperirii).

ART.8 EXCLUDERI

8.1. Asigurătorul este degrevat de acoperirea Evenimentului asigurat în legătură cu Afecțiunile grave, în cazul în care acesta este cauzat de/ rezultat din/ agravat de/ în legătură cu/ întâmplat prin/ derivat din sau aflat în conexiune, directă sau indirectă, parțială sau în totalitate cu:

- i. Orice afecțiune medicală preexistentă menționată specific în Oferta de asigurare în cadrul Declarației privind starea de sănătate, semnată/ acceptată la momentul emiterii Poliței de asigurare;
- ii. Orice accident sau boală survenite înainte de data de intrare în vigoare a Contractului de asigurare, sau dacă Evenimentul asigurat s-a produs înainte de intrarea în vigoare a Contractului de asigurare;
- iii. Explozii atomice, radiații sau infestări radioactive, contaminare chimică, fuziune, fisiune nucleară sau radioactivitate, război sau operațiuni similare, invazie a altor state, terorism, revoltă militară, insurecție, revoluție, lovitură de stat sau instaurarea unei dictaturi militare, declararea legii marțiale sau a stării de asediu;
- iv. Consecințele infectării cu virusul HIV sau derivații ale acestuia, inclusiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- v. Consumul cronic sau excesiv de alcool, Consumul de droguri, substanțe toxice, etnobotanice sau narcotice, administrarea medicamentelor fără prescripție medicală (automedicația).
- vi. Otrăvirea sau intoxicația prin introducerea substanțelor toxice (solide, lichide, gazoase) indiferent de căile de pătrundere în organism, cu excepția celor involuntare sau accidentale;
- vii. Anomaliile congenitale și/ sau afecțiuni cauzate de acestea.

ART.9 DECLARAȚII FALSE

9.1. Asiguratul/ Contractantul sunt obligați să informeze Asigurătorul, în scris, despre toate condițiile și împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului. Această obligație constă în furnizarea, în mod corect și complet, înainte de încheierea Contractului și pe timpul derulării acestuia a tuturor informațiilor ce prezintă relevanță sau împrejurările pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt în mod obiectiv necesare pentru evaluarea riscului, prin declararea adevărului, precum și prin răspunsuri complete la toate întrebările menționate în documentele contractuale și/ sau precontractuale sau alte documente, adresate de către Asigurător în timpul încheierii și derulării Contractului.

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

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

ART. 10 STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR ÎN CAZUL PRODUCERII RISULUI ASIGURAT

10.1. Conform Contractului de asigurare, Contractantul asigurării va plăti Asigurătorului Prima de asigurare, iar Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de asigurare la producerea Riscului asigurat sau va acorda Asiguratului serviciul SMO ca urmare a solicitării acestuia, dacă și-a exprimat opțiunea pentru a beneficia de acesta la data semnării/ acceptării Ofertei de asigurare.

10.2. Riscul privind Afecțiunile Grave: În cazul în care Asiguratul este diagnosticat pentru prima dată cu oricare dintre Afecțiunile grave menționate la art. 3.1.1., oricând pe perioada de valabilitate a Contractului, Indemnizația de asigurare este

reprezentată de Suma asigurată aferentă Riscului privind Afecțiunile Grave, conform Poliței de asigurare. Indemnizația de asigurare se plătește o singură dată pe durata Contractului.

- 10.3. SMO:** Se acordă Asiguratului la solicitarea sa sau a reprezentantului acestuia, în condițiile Contractului de asigurare.
- 10.4.** Indemnizația de asigurare pentru Riscul de Afecțiuni grave se calculează conform mențiunilor din Condițiile de asigurare și se achită în termen de maximum 10 (zece) de zile lucrătoare de la data primirii de către Asigurător a ultimului document necesar finalizării instrumentării Dosarului de daună. Dacă vor fi necesare documente suplimentare în afara celor trimise de Asigurat/ Contractant, Asigurătorul va solicita acestuia, la adresa de e-mail comunicată de Asigurat sau prin poștă, documentele suplimentare necesare instrumentării Dosarului de daună. Atunci când există neînțelegeri asupra cuantumului Indemnizației de asigurare, partea necontestată din aceasta se va plăti de Asigurător, anterior soluționării de către părți a neînțelegerii.
- 10.5.** Dacă nu se pot stabili cauzele în care s-a produs Evenimentul asigurat, respectiv dreptul de a încasa Indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne efectuarea plății Indemnizației de asigurare, până la obținerea clarificărilor și documentelor necesare.
- 10.6.** În cazul decesului Asiguratului înainte de încasarea Indemnizației de asigurare, aceasta va fi achitată către moștenitori.
- 10.7.** Dacă Beneficiarul este minor la data producerii Riscului asigurat, plata indemnizației de asigurare se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 10.8.** Plățile către Beneficiar se vor efectua în moneda Contractului conform detaliilor bancare comunicate de Beneficiar, prin transfer în contul bancar. Pentru contractele încheiate în valută este posibilă și plata Indemnizației de asigurare la cursul valutar al BNR valabil la data evenimentului, conform mențiunilor din Condițiile contractuale de asigurare. Costurile privind transferul bancar vor fi suportate de Beneficiar.

ART.11 DOCUMENTE NECESARE INSTRUMENTĂRII DOSARULUI DE DAUNĂ

11.1. În cazul producerii evenimentului asigurat privind Afecțiunile grave, Asiguratul/ Beneficiarul sau tutorele/ reprezentantul său legal/ curatorul are obligația de a informa Asigurătorul în termen maximum de 30 (treizeci) de zile. Informarea se realizează prin transmiterea unei notificări scrise la adresa electronică daune-viata@uniqa.ro sau la adresa poștală: UNIQA Asigurări de viață S.A., Str. Nicolae Caramfil nr. 25, sector 1, București, Cod poștal 014141. Notificarea Evenimentului asigurat se realizează prin transmiterea formularului tipizat pus la dispoziție de Asigurător, pe site-ul www.uniqa.ro, completat integral împreună cu fotocopia Certificatului de deces al Asiguratului.

Documentele aferente dosarului de daună pot fi depuse și la unitățile teritoriale ale Asigurătorului, din România.

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

Pentru instrumentarea dosarului de daună, Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului următoarele documente:

- i. Actul de identitate al Asiguratului (copie certificată cu originalul de către titular sau de către reprezentantul/ împuternicitul său, prin semnare);
- ii. Documentele medicale eliberate de medici autorizați, care să ateste diagnosticarea Asiguratului cu una dintre Afecțiunile Grave acoperite de prezentul Contract de asigurare;
- iii. Rezultatele investigațiilor medicale efectuate în cursul diagnosticării cu Afecțiunea gravă (spre exemplu, dar fără a se limita la: examen histopatologic, teste sangvine, ecografie, tomografie computerizată (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), spirometriile efectuate, angiografie coronariană, enzimele cardiace determinate în dinamică, ecografiile cardiace ce urmăresc evoluția postinfarct miocardic etc., după caz);
- iv. Fotocopia fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie - copie conformă cu originalul, purtând semnătura și parafa medicului, paginile numerotate astfel - 1/n; 2/n....n/n, unde „n” este numărul total de pagini pe care îl are fișa;
- v. Fotocopia completă a consultațiilor/ scrisorilor medicale, biletelor de ieșire din spital/ a foii/ foilor de observație din spital, în cazul în care Asiguratul a fost spitalizat – fiecare pagină trebuie să fie numerotată, ștampilată și semnată în original, pentru conformitate;

Asigurătorul poate solicita alte documente, după caz, pentru a determina legalitatea plății sau nivelul corespunzător al Indemnizației de asigurare. Cheltuielile pentru emiterea/ obținerea documentelor necesare vor fi suportate de către Beneficiarul plății;

11.2 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului să fie examinat de un medic practician desemnat de Asigurător sau să efectueze examinări medicale sau alte investigații necesare pentru confirmarea diagnosticului de Afecțiune Gravă, costul urmând a fi suportat de către Asigurător.

ART.12 MODIFICĂRI CE POT FI EFECTUATE ÎN TIMPUL CONTRACTULUI DE ASIGURARE

12.1. Modificările posibile oricând, în timpul derulării Contractului de asigurare sunt: schimbare numelui/ prenumelui, schimbarea adresei și a altor date personale ale Contractantului/ Asiguratului, modificările respective intrând în vigoare în condițiile și la data convenite de părți.

ART.13 FORȚA MAJORĂ

Niciuna din părți nu răspunde de neexecutarea la termen și/ sau executarea în mod necorespunzător, total sau parțial, a oricărei obligații care îi revine conform Contractului de asigurare dacă neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a fost cauzată de

forța majoră, așa cum este definită de lege. Prin forță majoră se înțeleg toate evenimentele și/sau împrejurările imprevizibile și de neînălăturat, independente de voința părții care invocă forța majoră, ce includ, dar nu se rezumă la războaie și revoluții, incendii, inundații, cutremure, epidemii, pandemii, embargouri, restricții de carantină, și care împiedică sau întârzie, total sau parțial, îndeplinirea obligațiilor părții. Partea care invocă forța majoră trebuie să notifice cealaltă parte în termen de 5 (cinci) zile de la producerea evenimentului și să ia toate măsurile posibile pentru limitarea consecințelor lui. Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, părțile au dreptul de a își notifica încetarea de drept a Contractului de asigurare, fără ca vreuna din ele să pretindă daune-interese.

ART.14 PREVEDERI FINALE

14.1. Schimbarea adresei și a datelor de contact

14.1.1. Este necesar ca Asigurătorul să fie informat dacă datele de contact ale Contractantului/ Asiguratului s-au modificat, pentru a putea transmite informații referitoare la derularea Contractului de asigurare. Dacă se omite acest lucru, Asigurătorul transmite corespondența conform ultimelor informații cunoscute, fără să fie răspunzător de consecințele acestei acțiuni.

14.1.2. Adresa oficială de corespondență a Asigurătorului este cea a sediului social menționat în Contractul de asigurare.

14.1.3. Asigurătorul a utilizat pentru calculul Primelor de asigurare principiile actuariale general acceptate, folosind ca incidente statistice locale sau internaționale.

14.2. Asigurătorul are dreptul de a modifica Condițiile de asigurare în situația în care, pe parcursul derulării acestuia, interven modificări legislative care impun adaptarea acestuia conform noilor dispoziții legale.

14.3. Fondul de garantare

În cazul deschiderii procedurii de faliment împotriva unui Asigurător, efectuarea plăților de indemnizații, despăgubiri rezultate din contractele de asigurare către Asigurați și Beneficiari ai asigurării, este garantată prin Fondul de Garantare, constituit în condițiile legii prin contribuția Asigurătorilor, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor, și are ca scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui Asigurător. Fondul de garantare este constituit, administrat și utilizat de către Fondul de Garantare a asiguraților, persoană juridică de drept public, ce asigură efectuarea plății indemnizațiilor/ despăgubirilor din disponibilitățile sale, către creditorii de asigurări, potrivit plafonului, stabilit prin Legea nr. 213/2015.

14.4. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

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

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

14.5. Alte dispoziții

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

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

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

Dacă petentul nu consideră răspunsurile și clarificările oferite de Asigurător drept satisfăcătoare, părțile pot conveni asupra organizării unei întâlniri pentru a face o nouă încercare de soluționare a plângerii. Disputele care nu au fost soluționate amiabil între părțile Contractului de asigurare, pot fi deferite instanțelor competente din România.

14.5.3. În conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016, privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, părțile au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor. SAL-FIN este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniile în care Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) are competență, care organizează și administrează proceduri SAL prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Pentru mai multe informații sau pentru a accesa platforma SAL-FIN, puteți vizita pagina de internet a Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în Domeniul Financiar Nonbancar la adresa www.salfin.ro.

14.5.4. Indiferent de toate celelalte prevederi, această Asigurare oferă acoperire în măsura în care nu intră în conflict cu nicio sancțiune economică, comercială sau financiară și/sau embargouri ale Consiliului de Securitate al Națiunilor Unite (ONU), Uniunii Europene (UE) sau orice legislație națională care este aplicabilă părților din prezentul Contract. Acest lucru este valabil și pentru sancțiunile economice, comerciale sau financiare și/ sau embargouri emise de Statele Unite ale Americii sau alte țări, în măsura în care nu intră în conflict cu legislația Uniunii Europene (UE) sau cea locală.

14.6. Legislația aplicabilă

Contractul de asigurare este supus legislației române în vigoare, în special dar fără a se limita la Codul Civil, Legea nr.

237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare, Legea nr. 236/2018 privind distribuția de asigurări și legislația secundară emisă în aplicarea acesteia.

14.7. Deduceri fiscale

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

În conformitate cu prevederile Legii nr. 227/2015 (Codul fiscal), cu modificările și completările ulterioare, nu constituie venituri impozabile sumele încasate din asigurări de orice fel reprezentând indemnizații de asigurare/ despăgubiri, sume asigurate. Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a modificării, abrogării unor reglementări chiar de nivel inferior care să le circumstanțieze aplicabilitatea. Pentru anumite tipuri de asigurări, primele de asigurare pot fi cheltuieli deductibile, în condițiile prevăzute de legislația fiscală. Cheltuielile cu primele de asigurare voluntare de sănătate pot fi cheltuieli deductibile, în condițiile prevăzute de legislația fiscală.

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

14.8.1. Asigurătorul respectă prevederile Regulamentului UE nr. 679/ 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul General privind Protecția Datelor), precum și ale Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare ale Regulamentului UE 679/ 2016.

Informații detaliate cu privire la modul în care Asigurătorul prelucrează datele cu caracter personal ale Asiguratului/ Co-Asiguratului/ Contractantului/ Beneficiarului Asigurării se regăsesc în Termenii de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal, ce pot fi accesați oricând la adresa <https://www.uniqa.ro/protectia-datelor>.

În situația în care Asiguratul/ Contractantul/ Beneficiarul consideră că drepturile lui nu au fost respectate, poate sesiza acest fapt Asigurătorului, la adresa de e-mail dpo@uniqa.ro sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.

Asiguratul/ Contractantul, confirmă că anterior acceptării Ofertei de asigurare, a citit, a înțeles și a acceptat informațiile cuprinse în Nota de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal, inclusiv faptul că scopul principal al prelucrării datelor este încheierea și administrarea contractului de asigurare și că orice refuz de a le furniza determină imposibilitatea de a încheia Contractul de asigurare.

14.8.2. Asiguratul/ Contractantul, prin acceptarea Ofertei de asigurare, declară că va indica beneficiarul real al Contractului de asigurare la momentul încheierii Contractului de asigurare, că va înștiința Asigurătorul în cazul în care deține o funcție publică, și că va respecta prevederile legislației privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor.

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

14.9. Alte prevederi

14.9.1. Asigurătorul acceptă cu efect juridic numai solicitările transmise în scris, direct la sediul social al Asigurătorului sau prin e-mail, cu indicarea motivului sesizării/ solicitării de informații necesare, nume și prenume, CNP/ CUI, adresă, precum și numărul Poliței de asigurare. Formularele tipizate trebuie completate în integralitate și semnate.

14.9.2. Efectuarea notificărilor reciproce între Asigurător și Contractant/ Asigurat se probează prin orice mijloc care atestă primirea mesajului.

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

14.9.4. Raportul privind solvabilitatea și situația financiară a companiei poate fi accesat la adresa: <https://www.uniqa.ro/despre-companie>.

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

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