

CONDITII DE ASIGURARE - POLITA SUPREM

Cap. 1 OBIECTUL ASIGURĂRII

1.1. Prin contractul de asigurare care se încheie între GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A. - GERROMA, denumită în continuare ASIGURĂTOR și **persoane fizice/juridice pentru beneficiari persoane fizice având vârsta cuprinsă între 3 și 64 de ani, cu domiciliul/reședința în România, care călătoresc în străinătate**, denumite în continuare Asigurați, Asiguratorul se obligă, ca în cazul producerii unui eveniment asigurat, să acorde Despăgubire în baza prezentelor condiții de asigurare pentru Cheltuielile medicale de urgență ocazionate de:

a) îmbolnăvire subită și imprevizibilă care prezintă pericol pentru viața Asiguratului;

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

1.2. Încheierea Contractului de asigurare, respectiv emiterea poliței de asigurare, se face prin intermediul aplicației electronice a Asiguratorului pe baza datelor furnizate de Asigurat/Contractant și completate în chestionarul electronic din aceasta aplicație.

Cap.2 DEFINIȚII

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

2.1. **Accident** - eveniment subit, imprevizibil și violent, survenit exclusiv în Perioada asigurată, care produce vătămări corporale grave ce pot fi stabilite în mod obiectiv și care periclitează viața sau continuarea normală a călătoriei.

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

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

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

2.5. **Boală preexistentă** - orice afecțiune manifestată anterior Perioadei asigurate sau cu simptomatologie care confirmă diagnosticul stabilit în decursul Perioadei asigurate, pentru care s-a stabilit, recomandat, solicitat sau în mod rezonabil ar fi trebuit să se solicite sau să se acorde tratament medical la o dată oarecare înaintea începerii Perioadei asigurate.

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

2.7. **Caz asigurat** - Eveniment asigurat produs.

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

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

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

2.11. **Contractant** - persoana fizică sau juridică care încheie Contractul de asigurare pentru o altă persoană fizică și se obligă față de asigurator să plătească prima de asigurare și să informeze asiguratul cu privire la prezentele condiții de asigurare. Vârsta contractantului trebuie să fie de minim 18 ani.

2.12. **Decesul** - încetarea din viață a Asiguratului, ca urmare a unui Eveniment asigurat așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare, confirmat în baza certificatului constatator al morții.

2.13. **Despăgubire** - suma de bani pe care asiguratorul o suportă în urma producerii unui eveniment asigurat care nu poate depăși suma asigurată.

2.14. **Eveniment asigurat** - orice accident sau îmbolnăvire subită și imprevizibilă (așa cum sunt definite în prezentele condiții de asigurare) care prezintă pericol pentru viața asiguratului, survenite exclusiv în perioada asigurată și pe teritoriul acoperit prin asigurare, pentru care asiguratorul acordă despăgubire potrivit prezentelor condiții de asigurare.

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

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

2.17. **Medic** - persoană recunoscută ca medic practicant în țara în care a survenit Evenimentul Asigurat, excluzând Asiguratul însuși, soțul/soția, rudele acestuia sau persoanele care însoțesc Asiguratul pe durata călătoriei.

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

2.19. Participație proprie/franșiză - suma de bani stabilită la emiterea prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului a Poliței de asigurare, conform opțiunii Asiguratului/Contractantului furnizată și completată în chestionarul electronic, care urmează a fi suportată de asigurat și care se scade din despăgubirea cuvenită.

2.20. Perioada asigurată - interval de timp, stabilit și înscris în polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului, conform opțiunii Asiguratului/Contractantului din chestionarul electronic. Asigurătorul acordă acoperire prin Asigurare exclusiv pentru această perioadă și numai pentru Evenimentele Asigurate care au debutat în această perioadă. Perioada asigurată nu poate fi mai mică de 2 zile și nu va depăși 365 de zile.

2.21. Polița de asigurare - document emis prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului, pe baza datelor furnizate de Asigurat/Contractant și completate în chestionarul electronic din aplicația electronică a Asigurătorului, care se consideră valabil după achitarea integrală a Primei de asigurare, prin care se probează existența Asigurării. Polița de asigurare cuprinde mențiuni privind Asiguratul, Perioada asigurată, Teritoriul acoperit prin Asigurare, Franșiza, alte opțiuni ale Asiguratului/Contractantului și valoarea Primei de asigurare.

2.22. Prima de asigurare - suma de bani plătită de Asigurat/Contractant înainte de emiterea prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului a Poliței de asigurare.

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

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

- nautice: canioning, surfing, kayaking, kitesurfing, rafting, scubadiving, schi nautic, windsurfing, caiac canoe, navigație cu vase prevăzute cu vele, jet-ski;
- aero: kiting, bungee-jumping, deltaplan, parapantă, planor, parașutism;
- zăpadă: schi, sărituri cu schiurile, snowboarding, sărituri cu snowboarding, sanie;
- terestre: adventure race, alpinism, role, patinaj pe gheață, skateboarding, escaladă;
- pe roți: ciclism cu MTB și MBX;
- alte sporturi: volei, handbal, baschet, fotbal, tenis de masă, tenis de câmp;
- sporturi cu motor: ATV, motorete, snowmobile;
- paintball, trageri cu arma (arme de foc, arme cu aer comprimat, arcuri, arbalete), pescuit cu harpon cu resort sau aer comprimat, vânătoare sportivă, călărie, speologie.

2.25. Stabilizarea stării de sănătate - are în vedere acea situație în care scade riscul de evoluție sau de complicație imediată a bolii imprezizibile ori de deces a Asiguratului.

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

2.27. Teritoriu acoperit prin Asigurare - teritoriul țărilor menționate în Polița de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asigurătorului conform opțiunii Asiguratului/Contractantului furnizată și completată în Chestionarul electronic, altele decât România și teritoriul statului a cărei cetățenie o deține Asiguratul.

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

- preluarea Asiguratului de la locul unde acesta se află la momentul producerii evenimentului în vederea transportării sale până la cea mai apropiată unitate medicală adecvată;
- mutarea Asiguratului de la o unitate medicală la alta, numai la cererea medicului curant, cu aprobarea expresă a Asigurătorului.

2.29. Vătămare corporală gravă - afectare majoră a integrității corporale a Asiguratului ca urmare a unui Eveniment asigurat.

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

Cap.3 ÎNCHEIEREA ȘI DENUNȚAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

3.1. Încheierea Contractului de asigurare

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

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

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

3.2. Denunțarea Contractului de asigurare

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

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

3.3. Prima de asigurare

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

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

Cap. 4 RĂSPUNDEREA ASIGURĂTORULUI

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

4.2. Începerea, durata și încetarea răspunderii Asigurătorului

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

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

4.3. Răspunderea maximă a Asigurătorului

4.3.1. Suma asigurată, respectiv răspunderea maximă a Asigurătorului, în baza prezentului Contract de asigurare, nu va depăși 30.000 EUR.

4.3.2. Cumulul Despăgubirilor plătite pentru fiecare Caz asigurat nu poate depăși 10.000 EUR, după cum urmează:

- a) consultații medicale ambulatorii în valoare maximă de 30 EUR;
 - b) medicamente în valoare maximă de 50 EUR;
 - c) analize de laborator recomandate a fi strict necesare, în urma consultației, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea, în valoare maximă de 50 EUR;
 - d) alte investigații recomandate a fi strict necesare, în urma consultației, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea, în valoare maximă de 50 EUR;
 - e) Transport sanitar de urgență în valoare maximă de 100 EUR;
 - f) transport medic în valoare maximă de 50 EUR, numai dacă în localitate nu există medic și/sau diagnosticul impune deplasarea acestuia;
 - g) a doua consultație medicală care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsura în care își păstrează caracterul de urgență, în valoare maximă de 20 EUR;
 - h) spitalizare în valoare maximă de 6.500 EUR, inclusive Transport sanitar de urgență. Valoarea maximă a unei zile de spitalizare suportată de Asigurător în cazul apariției unui Eveniment asigurat nu va depăși suma de 500 EUR, indiferent de categoria unității medicale, clasa de îngrijire și specialitatea medicală, fără a lua în calcul ziua externării care nu este despăgubită;
 - i) asistența medicală oftalmologică și medicația aferentă în valoare maximă de 50 EUR, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident, pe întreaga Perioadă asigurată;
 - j) asistența medicală stomatologică și medicația aferentă, în valoare maximă de 100 EUR inclusiv extracțiunile dentare, numai pentru îndepărtarea unor dureri acute sau dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident, pe întreaga Perioadă asigurată.
- 4.3.3.** În cazul în care a survenit Decesul Asiguratului așa cum este definit în prezentele condiții de asigurare, Asigurătorul acordă moștenitorilor legali ai Asiguratului o indemnizație în valoare de 3.000 EUR.

4.4. Teritoriul acoperit prin asigurare

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

Cap.5 RISCURI CUPRINSE ÎN ASIGURARE

5.1. Asigurătorul despăgubește, în limitele specificate la art. 4.3.1, cu respectarea excluderilor conform cap. 6 și a Participației proprii conform art. 8.7, Cheltuielile medicale de urgență ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat. În înțelesul aliniatului precedent, Cheltuielile medicale de urgență se referă la:

- a) consultații medicale ambulatorii;
- b) medicamente;
- c) analize de laborator recomandate a fi strict necesare, în urma consultației, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea;
- d) alte investigații recomandate a fi strict necesare, în urma consultației, fără de care nu ar fi posibilă diagnosticarea;
- e) Transport sanitar de urgență;
- f) transport medic numai dacă în localitate nu există medic și/sau diagnosticul impune deplasarea acestuia;
- g) a doua consultație medicală care se justifică în raport cu Cazul asigurat doar în măsura în care își păstrează caracterul de urgență;
- h) spitalizare;
- i) asistența medicală oftalmologică și medicația aferentă, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;
- j) asistența medicală stomatologică și medicația aferentă, numai dacă reprezintă consecința exclusivă a unui Accident.

Cap. 6 EXCLUDERI

6.1. Asigurătorul nu acordă Despăgubire pentru:

A. Îmbolnăvirile sau accidentele survenite datorită oricăror evenimente care nu sunt acoperite prin prezentele condiții de asigurare.

B. Consecințele directe și indirecte ale:

- a) bolilor cronice, inclusiv acutizarea sau recidiva acestor boli precum și cele ale revenirilor și convalescențelor unor afecțiuni neconsolidate;
- b) oricăror afecțiuni, boli ori stări patologice preexistente Perioadei asigurate prin prezentul Contract de asigurare, indiferent dacă erau cunoscute sau necunoscute, respective tratate sau netratate anterior Perioadei asigurate, precum și orice accident sau îmbolnăvire generate sau favorizate de acestea;
- c) stării de graviditate, în orice fază a acesteia, ale nașterii, contracepției sau întreruperii sarcinii și consecințelor acestora, investigații pentru fertilitate precum și ale oricăror boli sau complicații ale organelor de reproducere;
- d) consumului de alcool, droguri, consumului excesiv de medicamente ori ale consumului de medicamente fără prescripție medicală;
- e) accidentelor nucleare, radiațiilor, ale acțiunii materialelor și substanțelor radioactive sau ale acțiunii directe a radiației ionizante;
- f) tratamentelor sau procedurilor medicale cu caracter experimental nerecunoscute din punct de vedere medical, neautorizate de instituțiile medicale și de asigurarea socială, precum și ale oricăror boli necunoscute sau care au cauze necunoscute din punct de vedere medical;
- g) oricăror evenimente produse pe durata prestării unor activități remunerate în străinătate, în baza unui contract de muncă sau a unei înțelegeri încheiate în străinătate sau în absența acestora, inclusiv pe perioada deplasării către sau de la locul de desfășurare;
- h) oricăror evenimente produse pe durata practicării Sporturilor extreme și de agrement, așa cum sunt definite în prezentele condiții de asigurare și a altora cu același grad de risc;
- i) participării la orice competiție sportivă oficială;
- j) culpei Asiguratului, expunerii voite sau iresponsabile a acestuia la pericole care pot genera vătămări corporale grave sau îmbolnăviri, inclusiv cauzate direct sau indirect de radiația solară, cele ale insuficienței măsurilor de prevenire, prevedere și evitare din partea Asiguratului, precum și cele cauzate de terți;
- k) bolilor de piele, bolilor mintale și psihice, anomaliilor sau malformațiilor congenitale sau ale întârzierilor psihice, dereglărilor nervoase sau mentale, indiferent de clasificarea lor, problemelor psihiatrice sau psihotice, depresiilor de orice fel, alienărilor mentale, ale oricăror tratamente psihanalitice și psihologice precum și oricărei tulburări emoționale;
- l) războaielor (declarată sau nu), invaziilor, insurecțiilor, activităților militare, rebeliunilor, revoluțiilor, războaielor, terorismului, tulburărilor civile, grevelor, legilor marțiale, interdicțiilor sau restricțiilor oficiale, sabotajelor ori atentatelor și manifestațiilor cu acte de violență, participării Asiguratului la orice acțiune condamnată de lege, demonstrațiilor, actelor temerare ale Asiguratului;
- m) valurilor marelui seismice, erupțiilor vulcanice, avalanșelor, alunecărilor de teren, prăbușirilor de roci, surprărilor subterane, tornadelor;
- n) Catastrofelor naturale;
- o) următoarelor boli sau afecțiuni, indiferent dacă au fost sau nu diagnosticate anterior emiterii online a Poliței de asigurare: TBC, astm, anemie, hipertensiune arterială, cancer, litiază renală, litiază biliară, diabet, osteoporoză și arterioscleroză, osteomalacie, rahitism, tulburări metabolice, boli venerice, SIDA sau infecții aflate în relație cu SIDA.

C. Cheltuieli privind:

- a) diagnostice și tratamente efectuate sau prescrise în România;
- b) asistența medicală oftalmologică și medicația aferentă, dacă nu reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;
- c) asistența medicală stomatologică și medicația aferentă, dacă nu reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;
- d) tratamente și intervenții de chirurgie estetică, plastică și reparatorie, tratamente dietetice, homeopate, geriatrie, chiropractice, terapie fizică și psihică, kinetoterapie, cure de orice fel (termale, fizioterapeutice, etc.), recomandate sau nerecomandate în urma unui Accident sau a unei Îmbolnăviri, perioadele petrecute în case de odihnă, recuperare, dezintoxicare, etc.;
- e) proceduri și tratamente aparținând de medicina preventivă sau alternativă, vaccinări, consultații programate, călătorii în scop terapeutic;
- f) tratamente efectuate ca urmare a unor evenimente petrecute în zone geografice în care s-a declarat apariția unei epidemii înainte de intrarea Asiguratului în zona geografică respectivă;
- g) asistența medicală și medicația aferentă acordată Asiguratului de către rude sau însoțitori, dacă nu justifică salvarea vieții Asiguratului;
- h) asistența medicală acordată după stabilizare (reveniri, tratamente ulterioare și controale ale stării sănătății), costurile acesteia fiind suportate de către Asigurat;
- i) execuția, repararea și întreținerea ochelarilor, lentilelor de contact, aparatelor medicale (stimulatoare cardiace, orice aparat implantat temporar sau definitiv în scopul înlocuirii sau regularizării unor funcții ale organismului, etc.), a protezelor și accesoriilor medicale de orice fel, inclusive închirierea acestora;
- j) intervenții chirurgicale pentru implant de organe artificiale sau aparate medicale care înlocuiesc organe sau regularizează funcții ale unor organe;
- k) orice cheltuială în legătură cu decesul Asiguratului;
- l) spitalizarea care se limitează la investigații medicale fără tratament de urgență al unei afecțiuni subite și imprevizibile care pune în pericol viața Asiguratului.

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

- a) dacă Asiguratul sau gazda, însoțitorul, Medicul care a acordat asistență, unitatea medicală, etc., nu a informat Asigurătorul de existența Cazului asigurat și cheltuielile efectuate în termenul prevăzut la art. 7.1 și art. 7.2.;
- b) dacă Asiguratul a efectuat orice alte cheltuieli care nu fac obiectul prezentului Contract de asigurare.

Cap. 7 OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

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

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

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

7.4. Asiguratul trebuie să permită accesul liber al reprezentanților Asigurătorului pentru evaluarea stării sale de sănătate.

7.5. Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului, în maxim 30 de zile calendaristice de la finalizarea intervențiilor medicale acoperite prin prezentul Contract de asigurare:

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

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

b) cererea de despăgubire care să conțină obligatoriu:

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

c) documente anexate cererii de despăgubire:

- Polița de asigurare;
- după caz: copia certificatului de naștere/copia cărții de identitate/copia pașaportului;
- toate documentele medicale în original necesare pentru atestarea diagnosticului și a tratamentului urmat (raportul medical care descrie starea de sănătate, natura și gradul vătămărilor corporale furnizând un diagnostic exact);
- totalitatea facturilor originale emise de furnizorii de servicii medicale și de transport sanitar de urgență, precum și documente originale care să ateste achitarea serviciilor respective;
- în cazul asistenței medicale stomatologice, facturile și documentele medicale trebuie să conțină informații privind dinții tratați și tratamentul aplicat;
- orice alte documente considerate de Asigurător necesare în vederea soluționării cererii de despăgubire.

7.6. În cazul aprobării despăgubirii:

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

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

b) totalitatea documentelor depuse rămân la dosarul de daună.

7.7. Sancțiunea în cazul nerespectării obligațiilor Asiguratului

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

Cap. 8 STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRII

8.1. Asigurătorul acordă Despăgubire numai pentru costurile efectuate de Asigurat în Perioada asigurată fiind exonerat de obligația plății pentru orice costuri efectuate în afara acestei perioade.

8.2. Asigurătorul acordă Despăgubire numai pentru tratamentele medicale efectuate atâta timp cât starea sănătății Asiguratului nu este stabilă și transportul acestuia în România nu este posibil.

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

8.4. În cazul în care un număr mai mare de 20 (douăzeci) Asigurați implicați în același timp în unul și același Eveniment asigurat, solicită plata Despăgubirii conform prezentelor condiții de asigurare, Asiguratul este de acord ca limita maximă a despăgubirilor plătite de Asigurător să nu depășească Suma asigurată per eveniment, în valoare de 100.000 EUR, indiferent de valoarea totală a despăgubirilor solicitate, aplicându-se Regula proporționalității.

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

8.6. Asigurătorul acordă Despăgubire numai pentru cheltuielile care nu sunt acoperite prin efectul altor asigurări. În cazul existenței unui alt tip de contract de asigurare care acoperă integral ori parțial aceleași riscuri, Asigurătorul va acorda

Despăgubire, în limitele Sumei asigurate, numai pentru cheltuielile care exced celor de care Asiguratul beneficiază în baza altor asigurări.

8.7. Participația proprie/franșiza la costurile serviciilor medicale are valoarea 0 EUR, 50 EUR sau 100 EUR per eveniment, conform opțiunii Asiguratului/Contractantului furnizată și completată în Chestionarul electronic.

8.8. Toate documentele întocmite de furnizorii de servicii medicale și de transport sanitar de urgență trebuie să conțină: numele/denumirea și adresa emitentului, a plătitorului, numele, prenumele și data nașterii Asiguratului, obiectul facturării (detalierea tuturor prestațiilor efectuate) decodificat (în cuvinte). Asigurătorul poate pretinde ca documentele mai sus menționate emise într-o limbă străină să fie însoțite de o traducere autorizată în limba română, costurile acestora fiind suportate de către Asigurat. În cazul în care Asigurătorul suportă costul traducerii, acesta va fi scăzut din Despăgubirea cuvenită.

8.9. Asiguratul are obligația de a acorda Asigurătorului, la cerere, toate informațiile exacte și complet necesare determinării Cazului asigurat și a cuantumului Despăgubirii.

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

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

8.12. Asiguratul este de acord ca în cazul apariției unui Eveniment asigurat să permită Asigurătorului să obțină în numele său orice informație necesară pentru soluționarea Cazului asigurat de la terți, instituții medicale, Medici sau orice alt personal medical, societăți de asigurare, etc., eliberându-i de obligația păstrării secretului profesional. Informațiile obținute de Asigurător conform prezentului articol vor fi utilizate exclusiv în scopul soluționării dosarului de daună.

8.13. În situația în care Asiguratul nu-și respectă obligațiile prevăzute la cap. 7 art. 7.1. și art. 7.2. și motivul nerespectării este acceptat de către Asigurător ca posibil impediment al respectării obligațiilor respective, Asigurătorul poate decide în cazuri cu totul excepționale să despăgubească prin derogare de la prezentele condiții de asigurare până la limita maximă de 300 EUR pe întreaga Perioadă asigurată. În această situație transmiterea documentelor conform obligației Asiguratului de la cap. 7 art. 7.5. se va face în termen de 3 zile lucrătoare de la data întoarcerii Asiguratului în România.

8.14. Asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii dacă:

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

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

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

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

8.16. Asigurătorul va achita Despăgubirea stabilită în baza prezentului Contract de asigurare, în termen de 15 zile lucrătoare de la data primirii ultimului document care a dus la finalizarea dosarului de daună, în lei, la cursul de schimb al BNR valabil la data plății Despăgubirii.

Cap. 9 SOLUȚIONAREA DIVERGENȚELOR ȘI LITIGIILOR

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

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

9.3. Asiguratul are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, prin intermediul entității SAL-FIN, care funcționează exclusiv în cadrul ASF. Informații complete despre modul de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la www.salfin.ro

9.4. Pentru costurile pe care Asigurătorul le suportă, cu toate că acestea nu constituie o obligație de plată conform prezentelor condiții de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a obține returnarea acestora de la Asigurat pe căile legale. În cazul în care Asigurătorul face plăți de despăgubire sau emite garanții de preluare a cheltuielilor pentru evenimente care ulterior se constată că nu se încadrează în condițiile de asigurare, Asiguratul, unitatea medicală sau unitatea de transport sanitar de urgență au obligația de a restitui Asigurătorului aceste sume în maxim 15 zile de la solicitarea lor de către Asigurător, iar Asigurătorul nu va avea nicio răspundere față de Asigurat sau față de cei către care a fost emisă garanția de preluare a cheltuielilor.

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

Cap. 10 SUBROGAREA ȘI REGRESUL

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

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

Cap. 11 LEGEA APLICABILĂ

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

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

Cap. 12 DISPOZIȚII FINALE

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

12.2. Asiguratorul prelucreaza datele cu caracter personal si respecta drepturile persoanelor vizate in conformitate cu Regulamentul (UE) 679/2016. Pentru mai multe detalii, va rugam sa consultati sectiunea "Protectia Datelor cu Caracter Personal" de pe website-ul www.gerroma.ro

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

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

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

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

12.7. În vederea protejării asiguraților este constituit prin contribuția asiguraților Fondul de garantare, destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare în cazul constatării insolvabilității asiguratorului.

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

GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A.

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

ROMANIA, 031142 Bucuresti 4 - sector 3, Str. Emil Garleanu nr. 11, Bl. A8, Ap. 49

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

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

Document cu caracter informativ