

## CONDIȚII GENERALE PRIVIND ASIGURAREA DE ACCIDENTE SPORTIVI

### 1. DEFINIȚII

**1.1 Accident:** eveniment subit, de natură să pericliteze viața, datorat unor cauze externe, involuntare și neprevăzute, survenite independent de voința Asiguratului în perioada de asigurare și care provoacă decesul Asiguratului sau vătămări corporale ce pot fi stabilite în mod obiectiv.

**1.2 Arsură:** leziune cutanată provocată de agenți fizici externi;

**1.3 Asigurat:** persoană fizică cu domiciliul sau reședința în România, titulară a interesului asigurabil, nominalizată în Poliță. Atunci când Asiguratul este una și aceeași persoană cu Contractantul, acesta din urmă preia noțiunea de Asigurat. Pot fi cuprinse în asigurare persoane cu vârstă de la 6 ani la 60 ani, cu condiția ca în anul expirării asigurării, vârsta Asiguratului să nu depășească 60 ani.

**1.4 Asigurător:** Societatea de Asigurare – Reasigurare CITY INSURANCE S.A., administrată în sistem dualist, cu sediul social în Str. Emanoil Porumbaru, nr. 93-95, parter, et. 1, 2, 4 și 5, sector 1, București, ROMÂNIA; Tel. 004- 021- 231.00.54/ 231.00.79/ 231.00.90 Fax:231.04.42; www.cityinsurance.ro; e-mail: office@cityinsurance.ro; Autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, RA-008/10.04.2003; CUI:10392742; Reg.Com.nr.J40/3150/1998; Capital social subscris și vărsat: 116.714.940 RON; Număr de înregistrare în registrul de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal: 4110; Cod LEI: 315700QDZXPVQVWE0S19, denumită în continuare Asigurător sau Societatea;

**1.5 Beneficiar:** Asiguratul sau altă persoană îndreptățită să primească despăgubirea în cazul producerii evenimentului asigurat, nominalizată în Poliță.

**1.6 Boală/Afecțiune:** proces patologic care afectează organismul, maladie, afecțiune medicală diagnosticată de către medici specialiști în perioada de valabilitate a Poliței;

**1.7 Boală/Afecțiune pre-existentă:** orice proces patologic care afectează organismul, maladie, afecțiune care a debutat și/sau s-a instalat/manifestat anterior perioadei de valabilitate a Poliței;

**1.8 Boală profesională:** afecțiune care se produce ca urmare a exercitării unei meserii sau profesii, cauzată de factori nocivi fizici, chimici sau biologici, caracteristici locului de muncă, precum și de suprasolicitarea diferitelor organe sau sisteme ale organismului în procesul de muncă;

**1.9 Certificat medical:** document tipizat cu regim special, emis pe numele și cu datele de identificare ale Asiguratului, de o persoană autorizată legal pentru a practica medicina (alta decât Asiguratul sau o rudă și/sau afin al Asiguratului) prin care se poate dovedi concediul medical;

**1.10 Cheltuieli medicale:** costurile serviciilor de sănătate acordate Asiguratului și efectuate la recomandarea unui medic de specialitate în cazul riscurilor asigurate, dovedite pe baza documentelor originale emise pe numele Asiguratului;

**1.11 Concediu medical:** număr de zile pentru care se întrerupe activitatea Asiguratului, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat;

**1.12 Contract de asigurare:** Polița împreună cu prezentele condiții de asigurare, oferta de asigurare, cererea chestionar, formularul cu informații esențiale despre produs (PID), acte adiționale și orice alte anexe;

**1.13 Contractant:** persoană fizică sau juridică, care încheie cu Societatea contractul de asigurare, obligându-se să plătească prima de asigurare și să respecte obligațiile care îi revin prin contract;

**1.14 Convalescență:** perioada în care Asiguratul, după ieșirea din spital, urmează tratamentul și repausul recomandat de către un medic de specialitate până la reluarea activității;

**1.15 Daună:** prejudiciu suferit de către Asigurat în urma producerii evenimentului asigurat;

**1.16 Deces:** moartea unei persoane ca urmare a unui accident, rezultată din Certificatul de deces emis de autoritățile competente, care survine în decurs de max. 1 an de la data producerii accidentului.

**1.17 Eveniment asigurat:** orice eveniment definit în cadrul condițiilor de asigurare, care survine exclusiv în perioada de asigurare, nu constituie excludere și dă naștere la dreptul de despăgubire al Asiguratului/Beneficiarului;

**1.18 Forță majoră:** situație invocată de una dintre părți, dovedită cu documente emise de către autoritățile publice competente, imprevizibilă la data încheierii Poliței, neașteptată, independentă de voința părților, care a împiedicat una din părți să își îndeplinească obligațiile contractuale, deși aceasta a depus toate eforturile necesare în vederea îndeplinirii obligațiilor respective;

**1.19 Fractură:** leziune/ruptură a unui os și/sau a unui cartilaj tare;

**1.20 Franșiză:** partea din daună, stabilită ca sumă fixă și/sau ca procent din limita de răspundere/sublimită sau ca număr de zile, care reprezintă răspunderea Asiguratului/Beneficiarului, după caz și care se scade din indemnizația datorată în urma producerii fiecărui eveniment asigurat;

**1.21 Franșiză temporală:** numărul de zile consecutive, începând cu prima zi de spitalizare, convalescență, incapacitate temporară de muncă, pentru care nu se plătește indemnizația zilnică;

**1.22 Incapacitate temporară de muncă:** situație apărută ca urmare a unui eveniment suferit de Asigurat, care îl împiedică în totalitate pe acesta să desfășoare orice activitate pe o perioadă de timp limitată, dovedită prin documente medicale eliberate de către o unitate medicală autorizată;

**1.23 Indemnizație:** suma datorată de Asigurător Asiguratului/Beneficiarilor despăgubirii, după caz, în urma producerii/apariției evenimentului asigurat;

**1.24 Indemnizație zilnică:** suma pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi în funcție de riscul pentru care a optat;

**1.25 Intervenție chirurgicală:** procedură medicală efectuată exclusiv în scop terapeutic la recomandarea unui medic de specialitate, practică de către unul sau mai mulți chirurghi cu drept de exercitare a profesiei, în secția de chirurgie a unui spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății și care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii;

**1.26 Invaliditate permanentă:** prejudicierea corporală permanentă a Asiguratului ca urmare a unui eveniment asigurat, care are drept consecință reducerea potențialului fizic, psihosenzorial sau intelectual, consolidată și nesuscetibilă de ameliorări;

**1.27 Invaliditate permanentă totală:** pierderea de către Asigurat în mod permanent și total, a capacității de a exercita activități, meserii sau profesii, remunerate sau aducătoare de profit, datorate unui eveniment asigurat survenit în perioada de valabilitate a Poliței;

**1.28 Invaliditate permanentă parțială:** pierderea parțială de către Asigurat a capacității anatomice și funcționale a unui organ sau sistem, din cauza unui eveniment asigurat survenit în perioada de valabilitate a Poliței;

**1.29 Îmbolnăvire:** modificare organică sau funcțională a stării de sănătate a organismului, care poate provoca inclusiv decesul Asiguratului;

**1.30 Perioada de asigurare:** intervalul de timp pe parcursul căruia Societatea acoperă riscurile asigurate;

**1.31 Prima de asigurare:** suma datorată de către Asigurat/Contractant în schimbul preluării de către Asigurător a riscului de apariție a evenimentelor asigurate, așa cum sunt stabilite în Poliță;

**1.32 Poliță:** documentul emis de către Asigurător prin care se probează/certifică încheierea contractului de asigurare și care cuprinde mențiuni privind persoana asigurată, perioada asigurată, teritoriul în care este valabilă asigurarea, riscuri, sume asigurate, precum și valoarea primei de asigurare;

**1.33 Risc asigurat:** eveniment viitor, posibil dar incert, descris în contractul de asigurare care, dacă se produce, dă naștere obligației Asigurătorului de a plăti indemnizația, în baza condițiilor de asigurare;

**1.34 Spital:** instituție medicală autorizată să acorde tratament, prin internare, pacienților sau victimelor unor accidente, și care posedă autorizațiile

administrative legale. Nu sunt considerate spitale: policlinicile, clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare, casele de odihnă sau convalescență, sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de fiziologie, azilele de bătrâni și unitățile destinate internării cazurilor sociale, cabinetele fizioterapeutice și sanatoriile balneare, instituțiile de "nursing" sau de îngrijiri medicale la domiciliu și structurile pentru "spitalizare de zi", instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, unitățile pentru tratarea persoanelor dependente de alcool sau de narcotice;

**1.35 Spitalizare:** internare într-o secție dintr-un spital public sau privat prin care se asigură asistență medicală curativă pentru urmările unui eveniment asigurat, pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv. Este acoperită numai spitalizarea efectuată la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medicochirurgicale;

**1.36 Sportiv:** persoană fizică care practică un sport, ca amator, profesionist sau antrenor legitimat la un club, o federație sau o asociație sportivă;

**1.37 Sportiv profesionist:** persoană fizică care, prin practicarea unui sport, îndeplinește următoarele condiții:

a) are licență de sportiv profesionist obținută în conformitate cu procedurile prevăzute în statutele și în regulamentele federațiilor sportive naționale;

b) încheie cu o structură sportivă (ex.: club sportiv), în forma scrisă, un contract individual de muncă sau o convenție civilă în condițiile legii;

**1.38 Sportiv amator:** persoană fizică care, pentru practicarea sportului respectiv, nu are relații contractuale de muncă sau convenționale cu cluburile sau cu asociațiile sportive la care este legitimat;

**1.39 Sumă asigurată:** valoarea menționată în Poliță pentru care s-a încheiat asigurarea; reprezintă suma maximă ce poate fi acordată ca și despăgubire de către Societate, în cazul producerii unuia sau mai multor evenimente asigurate;

**1.40 Sublimita de răspundere:** suma stabilită în cadrul sumei asigurate/limitei de răspundere pentru anumite evenimente și/sau cheltuieli nominalizate în Poliță, care reprezintă maximul răspunderii Asigurătorului în cazul producerii/apariției evenimentului asigurat. Sublimita nu operează în nici o situație în sensul majorării sumei asigurate/limitei de răspundere asumate de Asigurător.

## 2. OBIECTUL ASIGURĂRII

**2.1** Obiectul asigurării îl constituie persoana ale cărei viața și integritate corporală sunt asigurate pentru riscurile menționate în Poliță.

**2.2** Persoanele pot fi asigurate în funcție de clasele de risc pe grupe sportive:

a) **CLASA I:** ski fond, dans sportiv, atletism, volei de plajă, kаяac-canoe, natație, polo, scrimă, tenis de masă, tenis de câmp, ciclism, tir, role;

b) **CLASA II:** ski alpin, patinaj, surf, gimnastică, judo, lupte, arte marțiale (excepție artele marțiale full contact), echitație;

c) **CLASA III:** sporturi de echipă cu balon (volei, handbal, baschet, fotbal, rugby);

d) **CLASA IV:** alpinism, hochei, sport de viteză cu motor, scufundări, speologie, parașutism;

e) **Alte sporturi** decât cele menționate în cele trei clase de mai sus.

## 3. RISCURI ASIGURATE

**3.1 Riscuri de bază** ca urmare a accidentelor suferite de Asigurat în perioada de valabilitate a Poliței sunt:

**3.1.1 Decesul** ca urmare a vătămarilor corporale apărute în urma unui accident suferit în perioada de valabilitate a Poliței pentru care Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația pentru acest risc.

**3.1.2 Invaliditate permanentă totală sau parțială** ca urmare a vătămarilor corporale apărute în urma unui accident suferit în perioada de valabilitate a Poliței conform procentelor din Baremul procentual de încadrare a invalidității.

a) Baremul procentual de încadrare a invalidității

INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ	Procent asociat	
Paralizia totală și incurabilă	100%	
Pierderea ambelor mâini sau brațe	100%	
Pierderea totală a ambelor labe, gambe sau coapse ale picioarelor	100%	
Pierderea totală a unei mâini și a unui picior	100%	
Pierderea completă și irecuperabilă a vederii ambilor ochi	100%	
Pierderea unei mâini sau a unui picior împreună cu pierderea completă și irecuperabilă a vederii ambilor ochi	100%	
Afecțiunea incurabilă traumatică sau post-traumatică a creierului, care provoacă incapacitatea Asiguratului		
INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ – ZONA CAPULUI		
Pierderea totală și irecuperabilă a auzului la ambele urechi	70%	
Pierderea totală și irecuperabilă a auzului la o ureche	25%	
Pierderea totală și irecuperabilă a vorbirii	30%	
Pierderea totală a unui ochi	35%	
Pierderea maxilarului superior cu arcada dentară și scheletul nazal	50%	
Pierderea de substanță osoasă a cutiei craniene		
a) pe o suprafață de mai mică de 3 cm <sup>2</sup>	10%	
b) pe o suprafață de la 3 la 6 cm <sup>2</sup>	20%	
c) pe o suprafață mai mare de 6 cm <sup>2</sup>	50%	
INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ - MEMBRE SUPERIOARE	dreapta	stânga
Paralizia totală a unui membru superior (leziune incurabilă a nervilor)	70%	60%
Pierderea unui braț sau a unei mâini	60%	50%
Pierdere considerabilă de substanță osoasă la un braț (leziune definitivă și incurabilă)	50%	40%
Anchiloza completă a umărului	50%	40%
Anchiloza cotului în poziție nefavorabilă	40%	35%
Anchiloza cotului în poziție favorabilă	25%	20%
Paralizia totală a nervului circumflex	20%	15%
Pierdere extensivă de substanță osoasă la cele două oase ale antebrățului (leziune definitivă și incurabilă)	40%	30%
Paralizia totală a nervului median	40%	35%
Paralizia totală a nervului radial la zona de torsiune (încheietura mâinii)	35%	25%
Paralizia totală a nervului radial de la antebrăț	50%	40%
Paralizia totală a nervului radial de la mână	40%	30%
Paralizia totală a nervului cubital	30%	25%
Anchiloza încheieturii mâinii în poziție nefavorabilă	35%	30%

Anchiloza încheieturii mâinii în poziție favorabilă	20%	15%
Pierdere totală a degetului mare	30%	20%
Pierdere parțială a degetului mare	25%	15%
Anchiloza totală a degetului mare	20%	15%
Amputarea totală a indexului	15%	12%
Pierdere totală a două falange de la index	10%	8%
Pierdere totală a falangei unghiale de la index	6%	4%
Amputarea simultană a degetului mare și a indexului	35%	25%
Pierdere totală a degetului mare și a unui deget, altul decât indexul	25%	20%
Pierdere totală a două degete, altele decât indexul și degetul mare	15%	10%
Pierdere totală a trei degete, altele decât indexul și degetul mare	20%	15%
Pierdere totală a patru degete, inclusiv degetul mare	45%	40%
Pierdere totală a patru degete, exclusiv degetul mare	40%	35%
Pierdere totală a degetului mijlociu	9%	7%
Pierdere totală a inelarului sau degetului mic	8%	4%
Pierdere totală a coapsei (jumătatea superioară a piciorului)	60%	
Pierdere totală a gambei (jumătatea inferioară a piciorului)	50%	
Pierdere totală a piciorului (de la articulația tibio-tarsiană)	45%	
Pierdere parțială a piciorului (de sub articulația gleznei)	40%	
Pierdere parțială a piciorului (de la articulația medio-tarsiană)	35%	
Pierdere parțială a piciorului (de la articulația tarsio-metatarsiană)	30%	
Paralizia totală a membrului inferior (leziune incurabilă a nervului)	60%	
Paralizia completă a nervului popliteu sciatic extern	25%	
Paralizia completă a nervului popliteu sciatic intern	20%	
Paralizia completă a celor doi nervi (popliteu sciatic extern și intern)	45%	
Anchiloza bazinului	45%	
Anchiloza genunchiului	25%	
Pierdere de substanță osoasă de la femur sau ambele oase ale gambei (tibia și peroneu) – condiție incurabilă	60%	
Pierdere de substanță osoasă de la rotulă, cu separarea considerabilă a fragmentelor și cu dificultăți mari la mișcarea și întinderea piciorului	40%	
Pierdere de substanță osoasă de la rotulă, cu preservarea capacității motorii	20%	
Scurtarea membrului inferior cu 1 până la 3 cm	15%	
Scurtarea membrului inferior cu 3 până la 5 cm	25%	
Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm	35%	
Pierdere totală a tuturor degetelor	30%	
Pierdere totală a patru degete, inclusiv a degetului mare	25%	
Pierdere totală a patru degete, exclusiv a degetului mare	20%	
Pierdere totală a degetului mare	10%	
Pierdere totală a două degete, altele decât degetul mare	6%	
Pierdere totală a unui deget, altul decât degetul mare	4%	

b) În cazul în care Asiguratul suferă o invaliditate permanentă totală sau parțială, Asiguratorul se obligă să plătească indemnizații și pentru:

- invaliditate constatată în termen de 1 (un) an din ziua în care s-a produs evenimentul asigurat, indemnizație care va fi calculată pe baza sumei asigurate prevăzute în Poliță conform procentelor din Baremul procentual de încadrare a invalidității;
- invaliditate nespecificată în Baremul procentual de încadrare a invalidității. Asiguratorul, prin medicul său autorizat, stabilește indemnizația în funcție de măsura în care este diminuată definitiv capacitatea generală a Asiguratului pentru orice activitate utilă, ținând cont și de procentele prevăzute în baremul de la litera a);
- pierdere anatomică sau reducere funcțională a unui organ sau a unui membru deja deficient, procentele indicate în Baremul procentual de încadrare a invalidității fiind diminuate ținând cont de gradul de invaliditate preexistent;
- pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în același eveniment asigurat, indemnizația fiind stabilită prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare leziune, până la limita maximă a 100 de procente.

**3.2 Riscuri suplimentare** solicitate opțional de către Asigurat/Contractant, numai împreună cu asigurarea pentru riscuri de bază și pentru care se plătesc prime de asigurare suplimentare:

**3.2.1 Incapacitate temporară de muncă** ca urmare a vătămărilor corporale apărute în urma unui accident suferit în perioada de valabilitate a Poliței. Asiguratorul plătește o indemnizație zilnică pentru incapacitate temporară de muncă, independent de alte despăgubiri numai dacă este dovedită în baza unui certificat medical emis pe numele Asiguratului.

a) în situația în care există două sau mai multe perioade de incapacitate temporară de muncă din accident care se datorează aceluiași eveniment asigurat, acestea intră sub acoperirea prezentei asigurări suplimentare numai dacă intervin în cel mult 1 (un) an de la data evenimentului.

b) perioada maximă de incapacitate temporară de muncă plătită pe persoană este de maxim:

- 90 de zile ca urmare a aceluiași accident;
- 180 de zile într-un an de asigurare. Indemnizația zilnică se plătește pentru fiecare zi de incapacitate temporară de muncă, chiar dacă nu sunt consecutive, începând imediat după perioada franșizei temporale specificată în Poliță;
- 180 de zile într-un an de asigurare pentru zile cumulate de convalescență și incapacitate temporară de muncă.

**3.2.2 Convalescență** ca urmare a accidentelor suferite de Asigurat în perioada de valabilitate a Poliței. Răspunderea Asiguratorului pentru riscul de convalescență începe imediat după perioada franșizei temporale.

a) independent de alte despăgubiri, indemnizația pentru convalescență se acordă numai dacă este ca urmare a unei spitalizări din accident de minim 3 zile consecutive.

b) perioada maximă de convalescență plătită pe persoană este de maxim 30 de zile ca urmare a aceluiași accident și 30 de zile pe an de asigurare.

**3.2.3 Spitalizare continuă** pentru accidentele suferite de Asigurat în perioada de valabilitate a Poliței. Răspunderea Asiguratorului pentru riscul de spitalizare continuă din accident începe imediat după perioada franșizei temporale. Perioada maximă de spitalizare asigurată pe persoană este de maxim 90 de zile ca urmare a aceleiași accident și 180 de zile într-un an de asigurare.

**3.2.4 Intervenții chirurgicale** pentru accidentele suferite de Asigurat în perioada de valabilitate a Poliței. Intervențiile chirurgicale asigurate sunt cuprinse în Baremul procentual de indemnizare pentru intervenții chirurgicale. Procentul de indemnizare stabilit în Baremul de la lit. a) de mai jos reprezintă maximum indemnizației care poate fi acordat de către Asigurator pentru un anumit tip de intervenție. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% din suma asigurată pentru riscul de intervenție chirurgicală din accident, indiferent de numărul și de costul acestora.

a) Baremul procentual de indemnizare pentru intervenții chirurgicale

INTERVENȚII CHIRURGICALE	Procent asociat
Splenectomie	75%
Tendonectomie	25%
Sutura tendoanelor	25%
Transplantul de tendoane	50%
Transplant de piele, grefa simplă	25%
Toracotomie	75%
Lobectomie (pneumectomie)	75%
Pneumectomie totală	100%
Toracoplastie	75%
Operație pe cord și aorta	100%
Extirparea ochiului	75%
Intervenție chirurgicală pentru fractura craniană	75%
Cranioplastie	75%
Drenaj de evacuare	25%
Intervenție chirurgicală pe creier sau pe meninge	75%
Neurosutura primară sau secundară	75%
Închiderea unei fracturi deschise (pe oase lungi)	75%
Operarea unei fracturi complicate pe oasele lungi	75%
Închiderea unei fracturi deschise a altor oase	50%
Închiderea sub anestezie a unei fracturi închise	25%
Plastia unei articulații mari	75%
Operație de menisc	50%
Osteotomie a oaselor lungi	75%
Rezecția unei punji care comunica cu o articulație mare	75%
Rezecția unei punji care comunica cu o articulație 25%	25%
Fractura femurului	75%
Amputarea de la umăr	75%
Amputarea de la braț	75%
Amputarea de la cot	75%
Amputarea de la antebraț	75%
Amputare de la carpus (articulația radiocarpiană)	75%
Amputare de la articulația soldului	75%
Amputare de la coapsă	75%
Amputare de la tibie	75%
Amputare de la articulația talocrurală (glezna)	75%
Amputare de la metatarsus sau metacarpus	50%
Amputari de degete	50%

b) În cazul în care Asiguratul suferă o intervenție chirurgicală, Asiguratorul se obligă să plătească indemnizații și pentru:

1. orice intervenție chirurgicală nespecificată în Baremul procentual de indemnizare pentru intervenții chirurgicale. Asiguratorul, prin medicul său autorizat, va alocă o cotă procentuală corespunzătoare unei intervenții cu grad de dificultate similar, prin echivalare cu unul din cazurile precizate în tabelul respectiv, cu excepția situației în care acea intervenție este exclusă în mod explicit din contractul de asigurare;

2. efectuarea mai multor intervenții chirurgicale în cadrul aceleiași ședințe operatorii. Pentru stabilirea indemnizației se va lua în calcul numai cea intervenție căreia îi corespunde cea mai mare cotă procentuală de despăgubire, conform Baremului procentual de indemnizare pentru intervenții chirurgicale;

3. două sau mai multe intervenții chirurgicale care se datorează aceleiași accident, numai dacă intervin în cel mult 1 (un) an de la data accidentului, indemnizația fiind stabilită prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare intervenție chirurgicală, până la limita maximă a 100 de procente.

**3.2.5 Fracturi** pentru accidentele suferite de Asigurat în perioada de valabilitate a Poliței. Indemnizația pentru fracturi reprezintă suma pe care Asiguratorul o plătește pentru fractura suferită de Asigurat și se acordă conform procentajelor stabilite prin Baremul de la lit. a) de mai jos, în funcție de tipul fracturii. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% din suma asigurată, indiferent de numărul și de costul acestora.

a) Baremul procentual de indemnizare pentru fracturi

FRACTURI	Procent asociat
Fractură simplă (un singur os) de claviculă, umăr, antebraț	15%
Fractură coccisului, tarsianului, metatarsianului	10%
Fractură coapsei	40%
Fractură brațului sau a piciorului	25%
Fractură de deget sau de coastă	5%
Fractură dublă (două oase) antebraț, rotulă, pelvis (fără tracțiune)	20%
Fractură dublă (două oase) picior	30%
Fractură maxilar inferior	20%



Fraktură carpiene, metacarpene, nas, coaste, stern	10%
Fraktură pelvis (cu tracțiune)	30%
Fraktură de vertebră – procesare transversală	5%
Fraktură comprimată de vertebre	40%
Fraktură încheieturii	10%
Fraktură compusă deschis-deschis	100%

b) pentru orice fractură nespecificată în Baremul procentual de indemnizare pentru fracturi, Asigurătorul, prin medicul său autorizat, va alocă o cotă procentuală corespunzătoare unei fracturi cu grad de dificultate similar, prin echivalare cu unul din cazurile precizate în tabelul respectiv, cu excepția situației în care acea fractură este exclusă în mod explicit din contractul de asigurare;

c) indemnizația pentru fracturi se acordă în cazul în care aceasta nu produce Asiguratului consecințe cu caracter definitiv. Plata indemnizației pentru fracturi nu se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru invaliditate permanentă;

d) indemnizația pentru fracturi se acordă în cazul în care în urma unei fracturi Asiguratul nu necesită intervenție chirurgicală și/sau spitalizare.

**3.2.6 Arsuri/Degerături** pentru accidentele suferite de Asigurat în perioada de valabilitate a Poliței. Asigurătorul va plăti indemnizația, independent de alte despăgubiri dacă Asiguratul a suferit arsuri/degerături de grad minim doi, extinse pe o suprafață din corp de minim 9% conform Baremului procentual de indemnizare pentru arsuri/degerături.

a) Baremul procentual de indemnizare pentru arsuri/degerături

ARSURI/DEGERĂTURI	Suprafața	Procent asociat
Gradul II	≤ 50%	25%
	> 50%	45%
Gradul II și III	≤ 30%	60%
	> 30%	80%
Gradul III și IV	≤ 10%	90%
	> 10%	100%
	Organe senzoriale	100%

b) procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% pe eveniment asigurat și pe an de asigurare.

c) indemnizația pentru arsuri/degerături se acordă în cazul în care acestea nu produc Asiguratului consecințe cu caracter definitiv. Plata indemnizației pentru arsuri/degerături nu se efectuează suplimentar față de indemnizația pentru invaliditate permanentă;

d) indemnizația pentru arsuri/degerături se acordă în cazul în care în urma unei arsuri/degerături Asiguratul nu necesită intervenție chirurgicală și/sau spitalizare.

**3.2.7 Cheltuieli medicale** ca urmare a vătămarilor corporale rezultate dintr-un accident produs în perioada de valabilitate a Poliței. Asigurătorul preia costurile acestora, pe baza documentelor originale emise pe numele Asiguratului, până la limita maximă prevăzută în Poliță.

Cheltuielile medicale acoperite/preluate în asigurare, suportate de către Asigurat ca urmare a prescripției medicului, sunt următoarele:

a) medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului (rețeta eliberată pe numele Asiguratului);

b) achiziționare sau închiriere de proteze, cărje, scaune cu rotile și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului;

c) transportul cu ambulanța de la locul accidentului la cel mai apropiat spital/unitate medicală abilitată în acordarea primului ajutor sau de la aceasta la un alt spital/clinică specializată, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament.

**3.2.8 Consecințe ale bolilor profesionale** conform prevederilor clauzei suplimentare pentru boli profesionale.

#### 4. EXCLUDERI

Nu sunt cuprinse în asigurare și Asigurătorul nu acordă indemnizații pentru prejudicii generate direct sau indirect de:

a) război (declarat sau nu), război civil, invazii, acțiuni ale unui inamic străin, ostilități (fie că este declarată sau nu stare de război), conflicte armate, lovituri de stat, dictatură militară, greve, revolte, tulburări civile, rebeliune, revoluții, conspirații, insurecții, răzvrătirii militare cu sau fără uzurparea puterii, răscoale, legi marțiale, acte ale persoanelor răufăcătoare acționând în numele sau în legătură cu orice organizație politică, confiscarea, rechiziționarea, distrugerea sau avariarea proprietății ordonate de către guvernarea de drept sau de fapt sau din partea oricărei autorități publice, municipale sau locale, interdicții sau restricții oficiale, sabotaje sau acțiuni teroriste, terorism așa cum este definit în legea internă sau în tratatele/convențiile internaționale,

b) catastrofe naturale;

c) accidente nucleare, radiații ale substanțelor ce conțin izotopi radioactivi, explozie atomică, radiații sau infestări radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice sau a materialelor fisionabile/fusionabile, poluare și/sau contaminare de orice fel și din orice cauză;

d) epidemii, pandemii;

e) condiții medicale pre-existente/existente, afecțiuni, stări patologice sau boli cronice de care Asiguratul suferea înainte de încheierea Poliței, inclusiv consecințele acestora precum și cele ale revenirilor și convalescențelor unor afecțiuni neconsolidate;

f) iradiere puternice, cu o intensitate de cel puțin 100 Electronvolt (eV), prin raze laser sau maser ori prin raze ultraviolete produse artificial;

g) urmări normale ale luminii, temperaturii sau stării timpului;

h) boli sau afecțiuni precum și consecințele acestora;

i) diagnosticare, tratament sau procedură medicală cu caracter experimental ori nerecunoscute din punct de vedere medical;

j) diagnosticare, tratament sau procedură medicală legată de: cancer, SIDA, boli venerice, infectare cu HIV, stomatologie (cu excepția celor necesare ca urmare a unui accident), sarcină, contracepție, sterilizare, fertilizare și consecințele acestora, recomandate de un medic autorizat după încheierea asistenței necesare rezolvării urgenței medicale, nejustificate de producerea unui risc asigurat, vaccinuri și vaccinări, acte de medicină preventivă, fizioterapie, curele de orice fel;

k) consum de alcool, droguri, consum excesiv de medicamente ori consum de medicamente fără prescripție medicală, automutilare voluntară, sinucidere și tentativă de suicid;

l) comiterea sau încercarea de a comite, cu intenție, de către Asigurat, a unor fapte penale;

m) decesul sau invaliditatea permanentă a Asiguratului survenite ulterior expirării unui termen de 1 (un) an de la data producerii accidentului;

n) participarea, călăria sau conducerea în orice fel de cursă, competiție și/sau test de rezistență, cu excepția celor oficiale;

o) sporturi aeriene sau călătorii aeriene neautorizate;

p) practicarea vânătorii și/sau pescuitului;

- q) alienare mintală;
- r) acțiunea de răpire și răscumpărare;
- s) investigații medicale ori analize de laborator cu scop de diagnostic;
- t) avort la cerere, cu excepția avortului în scop terapeutic, ca urmare a unui accident și recomandat de medicul specialist;
- u) intervenții de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția celor recomandate de către un medic specialist, pentru remediarea consecințelor unui accident;
- v) spitalizării pentru schimbare de sex, afecțiuni grave;
- w) accidentelor produse în timpul competițiilor sportive/antrenamentelor pentru sporturi care nu sunt precizate în contractul de asigurare (activități sportive care nu sunt asigurate) sau sporturi excluse din contractul/convenția încheiată cu structura sportivă;
- x) accidentelor survenite ulterior consumului de substanțe stimulente, neacceptate în cadrul competițiilor sportive, ca de exemplu: steroizi anabolizanți, stimulenți și corticosteroizi, indiferent dacă acestea au fost sau nu prescrise de către un medic;
- y) nerespectarea perioadei necesare refacerii complete a sănătății, prescrisă de medicul specialist;

## 5. SUMA ASIGURATĂ; INDEMNIZAȚII ȘI/SAU SBLIMITE ASIGURATE

5.1 Sumele asigurate, indemnizațiile/sublimatele asigurate sunt cele menționate în Polița de asigurare și/sau documentele anexate care fac parte integrantă din Contractul de asigurare. Acestea sunt stabilite separat pentru fiecare risc asigurat.

5.2 Suma asigurată reprezintă valoarea maximă a despăgubirii acordate de către Asigurător în cazul producerii unuia/mai multor evenimente asigurate.

5.3 Prin plata unei indemnizații în urma producerii unui eveniment asigurat suma asigurată se micșorează, cu începere de la data producerii sau apariției evenimentului asigurat, pentru restul perioadei de asigurare, cu suma cuvenită drept indemnizație, asigurarea continuând cu suma rămasă, fără ca aceasta să afecteze prima de asigurare stabilită.

## 6. FRANȘIZA

6.1 Franșiza deductibilă este prevăzută în Poliță, stabilită fie ca valoare fixă, fie în număr de zile ca franșiză temporală, care va fi suportată de Asigurat/Beneficiar la producerea fiecărui eveniment asigurat.

## 7. PRIMA DE ASIGURARE

7.1 Plata primei de asigurare se poate efectua în valută sau în lei la cursul de referință stabilit de B.N.R. din data plății.

7.2 Plata primei de asigurare se va efectua anticipat și integral sau în rate, în cuantumul și la termenele precizate în Poliță.

7.3 Comisiunile/spezele bancare achitate în legătură cu plata primei de asigurare/cu ratele acesteia cad în sarcina Contractantului/Asiguratului.

7.4 Asigurătorul nu are obligația de a aminti Contractantului/Asiguratului scadența obligațiilor de plată.

7.5 În toate cazurile, dovada plății primelor de asigurare/ ratelor de prima revine Asiguratului/ Contractantului, înscrisul constatator fiind chitanța, dispoziția de plată sau alt document probator al plății.

## 8. PERIOADA DE ASIGURARE

8.1 Perioada de asigurare este cea precizată în Poliță. Contractul de asigurare se încheie, de regulă, pentru o perioadă de 1 (un) an. La cererea Asiguratului/ Contractantului perioada de asigurare poate fi inferioară unui an.

8.2 Polița se emite pentru riscuri asigurate cu acoperire numai pe perioada competițiilor/antrenamentelor. La solicitarea Asiguratului/ Contractantului și prin plata unei prime suplimentare, acoperirea poate fi extinsă și pentru riscuri asigurate produse în afara perioadei competițiilor/antrenamentelor (24 de ore din 24 ore).

8.3 În cazul modificărilor intervenite în timpul derulării Poliței (extinderi / diminuări ale acoperirii, etc.) acestea se vor aplica de la data convenită de părți în Actul adițional, condiționat de plata primei de asigurare (dacă este cazul) în cuantumul și la termenele menționate în Actul adițional.

## 9. LIMITA GEOGRAFICĂ

9.1 Asigurarea este valabilă pe teritoriul României, cu excepția cazurilor în care se specifică altfel în contractul de asigurare.

9.2 La solicitarea Asiguratului/Contractantului și prin plata unei prime suplimentare, Polița se poate emite cu acoperire teritorială și în afara României.

## 10. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

10.1 Contractul de asigurare se încheie în formă scrisă. El nu poate fi probat cu martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă. În cazurile de forță majoră, în care documentele de asigurare au dispărut și nu există posibilitatea obținerii unui duplicat, sunt admise orice dovezi legale care să confirme existența acestora. Încheierea contractului de asigurare se probează cu Polița semnată de Asigurător și dovada plății primei/ratelor de asigurare.

10.2 Contractul de asigurare se încheie în baza cererii-chestionar și se consideră încheiat în momentul în care sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- a) Polița a fost emisă și semnată de Asigurător;
- b) prima de asigurare sau cea dintâi rată a acesteia a fost plătită de către Asigurat/Contractant înainte de intrarea în vigoare a Poliței.

## 11. REÎNNOIREA POLIȚEI DE ASIGURARE

11.1 Reînnoirea unei polițe se face numai cu acordul Asigurătorului. Perioada de asigurare trebuie să fie continuă, iar răspundere Asigurătorului începe la ora 0.00 a zilei de început a perioadei, dar nu mai devreme de ora 24 a zilei în care s-a plătit prima de asigurare / rata întâi și s-a încheiat Polița, anterior încetării asigurării în curs.

11.2 Existența unei Polițe anterioare nu impune nicio obligație Asigurătorului cu privire la condițiile în care se încheie Polița nouă.

## 12. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI/CONTRACTANTULUI

12.1 Asiguratul/Contractantul este obligat:

- a) să declare corect și complet Asigurătorului toate datele solicitate în cererea chestionar, document care face parte integrantă din Poliță;
- b) să declare existența altor Polițe pentru aceleași riscuri la alte societăți de asigurare, atât la încheierea Poliței, cât și pe parcursul derulării acesteia;
- c) să răspundă în scris la solicitările Asigurătorului cu privire la condițiile care influențează riscul, pe care le cunoaște și să se conformeze recomandărilor făcute de acesta privind măsurile de prevenire a daunelor;
- d) să aducă la cunoștința Asigurătorului toate datele, problemele și circumstanțele în legătură cu această asigurare, inclusiv, dar nelimitându-se la informații privind posibilele ocupații, sporturi, hobby-uri sau oricare alte activități de natură periculoasă;
- e) să ia, potrivit cu împrejurările, toate măsurile rezonabile în scopul prevenirii/diminuării apariției/producerii riscurilor asigurate și să respecte reglementările legale incidente;
- f) să se conformeze măsurilor preventive obligatorii sau recomandate de autoritățile locale (vaccin/medicație), să respecte indicațiile privind alimentația, igiena, specifice țării și/sau zonei geografice și să respecte reglementările legale în vigoare.
- g) să comunice imediat către Asigurător orice modificare intervenită în legătură cu datele luate în considerare la încheierea Poliței, precum și schimbarea împrejurărilor esențiale privind posibilitatea producerii riscurilor asigurate;

**h)** să depună documentele necesare instrumentării daunei într-un termen de maxim 90 zile de la data producerii evenimentului asigurat, dacă nu se precizează altfel de către Asigurător;

**i)** să avizeze în scris Asigurătorul, în termen de 5 zile calendaristice, despre producerea accidentului. În avizare se vor arăta: locul, data, ora, cauzele și împrejurările producerii acestuia;

**j)** să se prezinte, imediat după accident și în măsura în care starea sănătății îi permite, la o unitate sanitară sau la un medic, spre a fi examinat și să urmeze tratamentul prescris;

**k)** să se prezinte sau să fie de acord să primească medicii desemnați de Asigurător pentru efectuarea tuturor examinărilor medicale considerate necesare; cheltuielile legate de consultul efectuat în condițiile prezentului paragraf sunt suportate de Asigurător;

**l)** să furnizeze toate informațiile și probele documentare solicitate de Asigurător și să permită acestuia să facă investigații referitoare la caz;

**m)** să sprijine Asigurătorul în acțiunea sa pe lângă autoritățile care au legătură cu riscurile asigurate, pentru finalizarea dosarului de daună.

**12.2** Contractantul/Asiguratul este obligat la plata integrală a primelor/ratelor de asigurare până la data de scadență conform frecvenței de plată precizată în Poliță. În cazul în care Asigurătorul a plătit despăgubiri pentru un contract de asigurare care a fost încheiat cu plata în rate a primei de asigurare, Asiguratul rămâne responsabil pentru plata ratelor de primă ulterioare datei plății indemnizației, până la sfârșitul valabilității Poliței.

**12.3** În cazul în care Polița este semnată de un Contractant, acesta va trebui să respecte toate obligațiile care derivă din Poliță, în afara celor care prin natura lor nu pot fi respectate decât de Asigurat.

**12.4** În caz de neîndeplinire a prevederilor de mai sus, Asigurătorul poate refuza plata indemnizației.

### **13. RĂSPUNDEREA CITY INSURANCE**

**13.1** Răspunderea Societății începe la data precizată în Poliță, dar nu mai devreme de ora 24 a zilei în care s-a plătit prima de asigurare sau, după caz, cea dintâi rată a acesteia și s-a emis contractul de asigurare.

**13.2** Răspunderea Societății încetează la ora 24:00 a ultimei zile din perioada pentru care s-a încheiat Polița sau anterior acestei date conform altor situații prevăzute în contractul de asigurare.

**13.3** Societatea este obligată să pună la dispoziția Asiguratului/Contractantului informații corecte și complete cu privire la contractul de asigurare atât înaintea cât și după încheierea Poliței și să elibereze un duplicat al Poliței în cazul în care originalul a fost pierdut sau distrus.

**13.4** Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația cu privire la evenimentele asigurate care au avut loc în perioada de valabilitate a Poliței.

### **14. CONSTATAREA ȘI EVALUAREA DAUNELOR. STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR**

**14.1** Constatarea daunelor se face de către Societate, direct sau prin împuterniciții săi, pe baza înscrisurilor oficiale, a datelor și analizelor puse la dispoziție de organele specializate sau abilitate și a datelor și documentelor furnizate de Asigurat/Beneficiar, sau, în caz de divergență, de către un expert sau organism specializat, agreat de ambele părți.

**14.2** Cuantumul indemnizației se stabilește în funcție de urmările pe care le-a avut accidentul asupra Asiguratului, astfel:

**a)** în caz de deces sau invaliditate permanentă totală, suma asigurată stabilită în contract;

**b)** în caz de invaliditate permanentă parțială, procent din suma asigurată pentru invaliditate, corespunzător gradului de invaliditate stabilit în conformitate cu Baremul procentual de indemnizare pentru invaliditate sau stabilit de către medicul autorizat al Asigurătorului. Suma totală a indemnizațiilor plătite pentru invaliditate permanentă parțială nu poate depăși valoarea sumei asigurate pentru invaliditate permanentă totală.

**14.3** Indemnizația pentru deces se plătește Beneficiarului desemnat sau moștenitorilor, iar indemnizația pentru invaliditate și celelalte riscuri suplimentare se plătesc Asiguratului.

**14.4** Dacă Beneficiarul este minor la data producerii evenimentului asigurat, plata indemnizației se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.

**14.5** În cazul în care nu s-a desemnat niciun Beneficiar, indemnizația se plătește moștenitorilor legali ai Asiguratului, conform procentelor menționate în certificatul de moștenitor. Dacă Asiguratul nu a dispus altfel, atunci când sunt mai mulți Beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra indemnizației. Dacă un beneficiar a produs intenționat decesul Asiguratului, suma asigurată se plătește celorlalți beneficiari, desemnați sau moștenitori.

**14.6** În caz de deces, Societatea va fi anunțată în termen de 48 de ore de la producerea acestuia, pentru a se putea efectua autopsia, dacă sunt dubii asupra cauzelor care au condus la deces.

**14.7** În cazul în care Asiguratul este dispărut dar nu există o hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții, acesta este prezumat de lege a fi în viață până la pronunțarea unei asemenea hotărâri sau până la constatarea fizică a decesului. În urma pronunțării hotărârii judecătorești definitive declarative a morții, care stabilește ca dată a decesului o dată cuprinsă în perioada de valabilitate a Poliței sau la constatarea fizică a decesului, Asigurătorul datorează indemnizația prevăzută în Poliță. Dacă la un moment dat, după plata indemnizației pentru deces din accident, se descoperă că Asiguratul este încă în viață, toate plățile vor fi rambursate Asigurătorului la întreaga lor valoare.

**14.8** În caz de deces sau invaliditate permanentă ca urmare a unui efort fizic excesiv, impus de forța majoră, Asigurătorul plătește indemnizația numai dacă decesul sau invaliditatea permanentă s-au ivit imediat.

**14.9** Dacă înainte de accident Asiguratul avea deja o invaliditate permanentă din orice cauză, din gradul total de invaliditate permanentă rezultat (dar care nu poate fi mai mare de 100%) se scade cel existent anterior, diferența reprezentând gradul de invaliditate permanentă din accident care se ia în considerație la stabilirea indemnizației.

**14.10** Dacă Asiguratul decedează după plata unei indemnizații în termen de 1 (un) an de la data producerii evenimentului asigurat și ca o consecință a acestuia, Asigurătorul:

**a)** plătește diferența dintre suma asigurată pentru deces și indemnizația plătită, când suma asigurată pentru deces este mai mare;

**b)** nu solicită vreo restituire, când suma asigurată pentru deces este inferioară indemnizației plătite.

**14.11** În caz de invaliditate permanentă incontestabilă, plata despăgubirii se efectuează fără a mai aștepta terminarea tratamentului sau fără a efectua investigații suplimentare.

**14.12** Despăgubirea, în caz de deces sau pentru invaliditate permanentă din accident, se acordă dacă decesul sau invaliditatea permanentă a intervenit în decurs de 1 (un) an de la data producerii accidentului.

**14.13** Dacă pe baza primei examinări medicale nu se poate stabili gradul definitiv de invaliditate permanentă, se plătește o parte din indemnizația corespunzătoare gradului minim de invaliditate prezumat. Gradul definitiv de invaliditate permanentă se stabilește după o a doua examinare, însă nu mai târziu de un an de la data accidentului. Asiguratul este obligat să se supună examinării medicale și să întreprindă toate măsurile considerate necesare de către comisia medicală. Costurile comisiei medicale sunt suportate de către Contractant/Asigurat.

**14.14** Acordarea despăgubirii pentru invaliditate permanentă se face pe baza documentelor prin care se atestă gradul de invaliditate și a deciziei de pensionare, emise de autoritățile competente.

**14.15** Documentele ce se vor prezenta Asiguratorului și pe baza cărora se va efectua plata despăgubirii, sunt următoarele:

- a) cererea prin care se solicită plata despăgubirii;
  - b) declarația Asiguratului, în cazul invalidității, privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc accidentul;
  - c) Polița împreună cu dovada plății primei de asigurare/ultimei rate de primă;
  - d) actul de identitate, adeverință de serviciu (după caz), ale Asiguratului;
  - e) proces-verbal de constatare a accidentului încheiat de organele abilitate sau, în lipsa acestuia, orice alte mijloace legale de probă;
  - f) certificatul medical constatator al decesului și certificatul de deces;
  - g) documentul medical din care reiese gradul de invaliditate, documente privind spitalizarea și documente din care reies cheltuielile cu tratamentul și medicația;
- 14.16** În completarea prevederilor art. 14.15, pentru acordarea indemnizației pentru riscurile suplimentare Asiguratul are obligația să depună la Asigurator următoarele documente:

- a) copie după biletul de ieșire din spital, din care să rezulte că spitalizarea a avut loc ca urmare a unui eveniment asigurat, precum și diagnosticul clar al Asiguratului și procedurile medicale efectuate;
- b) copie după Foaia de Observație Clinică Generală a Asiguratului sau alte adeverințe medicale;
- c) certificat medical emis pe numele Asiguratului;
- d) declarația Asiguratului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc accidentul;
- e) la cererea Asiguratorului se vor prezenta și rezultatele testelor medicale efectuate;
- f) facturile aferente cheltuielilor medicale;

**14.17** Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii indemnizației.

**14.18** Prin simpla semnare a Poliței, Asiguratul este de acord ca, în cazul apariției unui eveniment asigurat, să permită medicului său de familie, precum și oricărui medic curant, să dezvăluie Asiguratorului orice informații medicale ce sunt necesare pentru soluționarea dosarului de daună. Informațiile obținute de Asigurator conform prezentului paragraf vor fi utilizate exclusiv în scopul soluționării dosarului de daună.

**14.19** Cuantumul indemnizației reprezintă valoarea facturilor, dar nu mai mult decât procentele maxime stabilite în Baremele de indemnizare.

**14.20** Refuzul Asiguratului sau Beneficiarului/Moștenitorilor de a pune la dispoziția Asiguratorului documentele solicitate, dă dreptul Asiguratorului de a refuza plata indemnizației, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările accidentului.

**14.21** Societatea este îndreptățită să:

**14.21.1** amâne plata indemnizației dacă, în legătură cu evenimentul care a produs dauna, a fost instituită împotriva Asiguratului/Contractantului o anchetă sau o procedură penală, până la finalizarea acesteia.

**14.21.2** efectueze investigații (inclusiv cercetări, expertize) cu privire la producerea evenimentului asigurat, prin orice mijloace legale (direct sau prin experți) în scopul stabilirii realității cu privire la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat; Asiguratorul va notifica în scris Asiguratul/ Beneficiarul despre începerea acestor investigații/ cercetări în termen de 15 zile calendaristice de la data demarării acestora, urmând, de asemenea, să notifice Asiguratului/ Beneficiarului rezultatul acestora în termen de 15 zile calendaristice de la finalizarea lor.

**14.21.3** nu acorde despăgubiri dacă:

- (i) rezultatele obținute în urma investigațiilor și/sau expertizelor efectuate nu sunt concludente, denotă aspecte frauduloase, contrazic declarațiile referitoare la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat sau în legătură cu dauna etc.;
- (ii) Asiguratul sau Beneficiarul nu poate justifica dreptul său la plata despăgubirii;
- (iii) Asiguratul/Contractantul nu și-a îndeplinit obligațiile, integral sau parțial, decurgând din contractul de asigurare, corespunzător influenței obligațiilor neîndeplinite asupra producerii evenimentului asigurat, majorării daunei, stabilirii despăgubirii;
- (iv) Asiguratul, Contractantul sau Beneficiarul este de rea credință în sensul că în declarațiile acestuia sau ale reprezentanților acestuia, care sunt făcute cu ocazia avizării daunei și/sau în timpul instrumentării acesteia se constată neadevăruri, falsuri, aspecte frauduloase sau omisiuni care conduc la inducerea în eroare a Asiguratorului.

**14.22** Dacă legea nu prevede altfel, plata indemnizației se face în termen de cel mult 30 zile calendaristice de la data depunerii ultimului document necesar finalizării dosarului de daună, document care trebuie depus nu mai târziu de împlinirea termenului maxim de completare a dosarului de daună de către Asigurat sau Beneficiar conform art. 12.1 litera h). Plata indemnizației se face în lei, la cursul BNR din ziua plății.

**14.23** Societatea își rezervă dreptul ca din cuantumul despăgubirii să rețină contravaloarea primelor datorate până la sfârșitul perioadei de asigurare și franșizele menționate în polița de asigurare.

**14.24** În cazul producerii unui eveniment asigurat, pe baza unui contract de asigurare care cuprinde o clauză de cesionare a despăgubirii convenite în favoarea unui creditor, despăgubirea convenită va fi achitată direct creditorului respectiv, până la concurența valorii dreptului său, iar Asiguratului i se va achita numai diferența. Cu acordul creditorului despăgubirea poate fi acordată Asiguratului.

## **15. GRAȚIE/SUSPENDARE. REZILIERE/DENUȚARE. NOTIFICĂRI. COMUNICĂRI**

**15.1 Perioada de grație:** Dacă se convine ca prima de asigurare să fie plătită în rate, prima rată se achită la încheierea contractului de asigurare iar următoarele rate se achită în cuantumul și până la datele scadente menționate în polița de asigurare. Pentru plata ratelor de primă următoare celei dintâi, Asiguratorul acordă un termen de grație de 15 zile calendaristice de la data scadenței prevăzută în poliță.

**15.2 Perioada de suspendare:** În situația în care sumele datorate de Asigurat cu titlu de primă nu sunt plătite în termen de 15 zile calendaristice de la data scadenței prevăzută în poliță, contractul de asigurare își suspendă automat efectele juridice pentru o perioadă de 30 zile calendaristice începând cu ora 0:00 a zilei următoare scadenței ratei neplătite, iar răspunderea Asiguratorului încetează pentru această perioadă, fără a fi necesară nici o notificare (în scris) din partea Asiguratorului, Asiguratului/Contractantul fiind de drept în întârziere prin simpla neexecutare a obligației de plată a ratei la scadență.

**15.3 Repunerea în vigoare a poliței.** Dacă Asiguratul plătește în termen de maxim 30 de zile calendaristice rata de prima scadență, atunci polița reintra în vigoare cu începerea de la ora 00:00 a zilei următoare celei în care se îndeplinesc cumulativ următoarele condiții:

**15.3.1** Asiguratul trebuie să solicite în scris încetarea suspendării contractului de asigurare în maxim 30 de zile de la data scadenței ratei de primă, cu precizarea că nu ridică pretenții de despăgubire pentru eventualele pagube ca urmare a unor riscuri asigurate și/sau evenimente asigurate produse în perioada în care contractul de asigurare a fost suspendat. Perioada de valabilitate a contractului nu se prelungește cu durata cât acesta a fost suspendat.

**15.3.2** dovada plății ratei de primă restante. Asiguratul nu beneficiază de nici o deducere de primă pentru perioada de suspendare a Poliței.

**15.4** Polița se consideră repusă în vigoare începând cu ora 00:00 a zilei următoare celei în care s-au îndeplinit cumulativ condițiile de la art. 15.3 fără însă a acoperi evenimentele survenite în perioada cuprinsă între data începerii perioadei de suspendare și data efectivă a repunerii în vigoare.

### **15.5 Încetarea contractului de asigurare**

**15.5.1 Contractul de asigurare încetează la expirarea perioadei de asigurare sau, anterior acestei date, astfel:**



- a) ca urmare a dispariției interesului asigurat, caz în care prima de asigurare aferentă contractului de asigurare este datorată de Asigurat/ Contractant până la data intervenției cauzei de încetare.
- b) prin acordul Asigurat/ Asigurător sau Contractant/ Asigurător; prin epuizarea sumei asigurate/limitei de indemnizație; prin reziliere; prin denunțare unilaterală; prin nulitatea contractului de asigurare.
- c) dacă Contractantul nu achită rata de primă în decursul celor 30 de zile de la data scadenței, Polița încetează de plin drept, fără nicio altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței, partea fiind de drept în întârziere prin simpla neexecutare a obligației, retroactiv, începând cu ziua următoare scadenței ratei de primă.

15.5.2 Părțile convin ca în situația neîndeplinirii uneia sau mai multor condiții și/sau rezerve astfel cum au fost ele prevăzute în contractul de asigurare, prezentul contract încetează de drept la momentul îndeplinirii condiției rezolutorii, fără niciun alt demers prealabil și fără intervenția instanței de judecată, părțile fiind de drept în întârziere prin simpla îndeplinire a condiției rezolutorii.

**15.6 Rezilierea contractului de asigurare:** În cazul în care:

- a) înainte de a începe răspunderea Asigurătorului, evenimentul asigurat s-a produs și asigurarea a devenit fără obiect, precum și în cazul în care după începerea răspunderii Asigurătorului, producerea evenimentului asigurat a devenit imposibilă; în acest caz, contractul de asigurare se reziliază de plin drept iar prima de asigurare plătită pentru perioada ulterioară rezilierii se restituie Asiguratului, dacă nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

- b) în cazul nerespectării de către părți a obligațiilor ce le revin prin contractul de asigurare:

**b1) în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută din culpă de către Asigurat/Contractant**, cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe aceasta din urmă să nu încheie Polița ori să nu o încheie în condițiile respective. În funcție de momentul constatării culpei Asiguratului/Contractantului privind declarația inexactă sau reticență, Asigurătorul are dreptul:

- (i) înainte de producerea evenimentului asigurat:

- de a menține în vigoare contractul de asigurare, cu modificarea termenilor și condițiilor Poliței (inclusiv majorarea corespunzătoare a primei de asigurare). În acest caz, noile prevederi ale Poliței vor corespunde, în termeni economici și legali, celor înlocuite și nu vor dezavantaja Contractantul și Asiguratul, mai mult decât se impune. Noile prevederi ale Poliței intră în vigoare în termen de 15 zile calendaristice de la data la care Asigurătorul a informat Contractantul sau de la o altă dată agreeată de către părți, excepție în situația în care Contractantul solicită în scris, în cadrul aceleiași termen, încetarea contractului, nefiind de acord cu modificările propuse;
- de a rezilia contractul de asigurare, la împlinirea unui termen de 10 zile calendaristice calculate de la notificarea primită de Asigurat sau Contractant în acest sens, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele de asigurare plătite aferentă perioadei ulterioare rezilierii, exceptând situația în care s-au plătit deja despăgubiri sau sunt avizate daune în baza Poliței.

- (ii) după producerea evenimentului asigurat: de a reduce despăgubirea convenită corespunzător raportului dintre prima stabilită și cea care ar fi trebuit plătită dacă Asigurătorul ar fi cunoscut exact împrejurările.

**b2) în legătură cu alte situații decât cele cu privire la declarația inexactă sau de reticență făcută din culpă de către Asigurat/Contractant** pentru care se aplica prevederile de la punctul b1), Asigurătorul are dreptul:

- (i) să rezilieze Polița prin notificare scrisă transmisă Asiguratului sau Contractantului în acest sens, rezilierea devenind efectivă fără alte formalități sau intervenția instanțelor de judecată, Asiguratul/Contractantul fiind de drept în întârziere prin simpla neexecutare a obligației, începând cu ora 0.00 a zilei următoare datei primirii notificării de către Asigurat sau Contractant;
- (ii) să propună modificarea Poliței, inclusiv cu ajustarea corespunzătoare a primei de asigurare; dacă Asiguratul sau Contractantul nu-și exprimă acordul în termen de 5 zile calendaristice de la data primirii solicitării de modificare, Polița se reziliază de drept de la data împlinirii termenului de 5 zile calendaristice, Asiguratul / Contractantul fiind de drept în întârziere prin simpla neexecutare a obligației, fără alte formalități sau intervenția instanțelor de judecată.

În situațiile de la art.15.6, lit. b2), pct. i) și pct. ii), Asiguratul sau Contractantul are dreptul la restituirea părții din primele de asigurare achitate aferente perioadei ulterioare rezilierii, exceptând situația în care s-au plătit deja despăgubiri sau sunt avizate daune în baza Poliței.

- (iii) să refuze plata despăgubirii, integral sau parțial, corespunzător influenței obligațiilor neîndeplinite asupra producerii evenimentului asigurat, majorării daunei, stabilirii despăgubirii.

În cazul nerespectării de către Asigurat sau Contractant a obligației de comunicare a producerii evenimentului asigurat în termenul stabilit prin Poliță, Asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea daunei.

- c) Asiguratul este de rea-credință dovedită sau evidentă (excepție în situația în care Polița este lovită de nulitate) sau în cazul în care se constată intenția sau fapta cu consecințe grave sau deosebit de grave conform legislației penale, Asigurătorul are dreptul să rezilieze Polița, fără niciun demers prealabil, partea fiind de drept în întârziere, fără restituirea primei de asigurare, rezilierea devenind efectivă de la data primirii notificării de către Asigurat sau Contractant în acest sens.

**15.7 Denunțarea unilaterală:**

15.7.1 În cazul Contractului încheiat la distanță:

- a) Contractantul/Asiguratul are dreptul de a denunța unilateral contractul încheiat la distanță, într-un termen de 14 zile calendaristice de la data încheierii contractului de asigurare, fără penalități și fără a fi invocat un motiv. În această situație, prima de asigurare achitată:
  - (i) se restituie integral, în cazul în care nu a început perioada de asigurare pentru niciunul dintre riscurile incluse în acoperire.
  - (ii) se restituie pro-rata în funcție de numărul de zile cuprinse în asigurare (prima aferentă perioadei ulterioare datei încetării contractului prin denunțare), în cazul în care a început perioada de asigurare dar nu fost avizate daune în acest interval.
  - (iii) nu se restituie în cazul în care a început perioada de asigurare dar au fost avizate daune în acest interval.
- b) Dreptul de denunțare unilaterală a contractului nu se aplică în cazul contractelor de asigurare pe termen scurt cu o durată de cel mult o luna calendaristică.
- c) Termenul de restituire a primei nedatorate în cazul contractelor denunțate în condițiile menționate mai sus este de 30 zile calendaristice de la data primirii de către Asigurător a notificării de denunțare.

15.7.2 În celelalte cazuri: denunțarea contractului de asigurare se poate efectua de către oricare dintre părți numai cu notificarea prealabilă a celeilalte părți, care trebuie transmisă cu cel puțin 20 de zile calendaristice înainte ca denunțarea să-și producă efectele Polița urmând să-și înceteze efectele în 20 zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de către cealaltă parte. În această situație, prima de asigurare datorată este cea aferentă perioadei anterioare denunțării, excepție fiind situația în care s-au plătit deja despăgubiri sau sunt avizate daune în baza Poliței încetate denunțate de către Asigurat pentru care se aplică prevederile art. 15.9

**15.8 Nulitatea Contractului de asigurare.** În afară de cauzele generale de nulitate, contractul de asigurare este nul:

- a) În cazul în care la data încheierii contractului de asigurare interesul asigurat nu există, așa cum este definit conform prezentei condiții de asigurare, contractul de asigurare încheiat este nul de drept, Asigurătorul având dreptul de a reține primele de asigurare deja achitate în cazul în care Contractantul sau Asiguratul sunt de rea-credință.
- b) În caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Asigurat ori Contractantul asigurării 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. În acest caz, primele plătite rămân dobândite Asigurătorului, care, de asemenea, poate cere și plata primelor cuvenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

#### **15.9 Încetarea Contractului de asigurare din orice motiv:**

- a) În situația în care s-au plătit despăgubiri sau sunt avizate daune în baza contractului de asigurare încetat, prevederile acestuia se aplică pentru toate evenimentele asigurate survenite înainte de data încetării, până la lichidarea definitivă a acestora și Asigurătorul nu restituie prime de asigurare. Asiguratul/Contractantul datorează plata primei de asigurare pentru întreaga perioadă pentru care s-a încheiat Polița.
- b) În situația în care nu s-au plătit despăgubiri sau nu sunt avizate daune în baza contractului de asigurare încetat, Asigurătorul va restitui Asiguratului diferența dintre prima plătită de acesta și prima datorată pentru perioada anterioară încetării, dacă nu se prevede altfel, în mod expres, în contractul de asigurare. Prima de asigurare datorată se calculează "pro-rata temporis", în funcție de numărul de zile cuprinse în asigurare.

#### **15.10 Notificări/ Comunicări**

- a) Orice notificare, comunicare în legătură cu prezentul contract de asigurare adresată de una dintre părți celeilalte este valabil îndeplinită dacă va fi comunicată în scris, prin unul din următoarele mijloace de comunicare:
- (i) pe cale poștală: scrisoare recomandată cu confirmare de primire la adresa unității Asigurătorului cu care Asiguratul/ Contractantul a încheiat contractul de asigurare, respectiv, după caz, la adresa Sucursalei/ Agenției sau Centralei Asigurătorului, iar în cazul Asiguratului la adresa prevăzută în contractul de asigurare, sau, la ultima adresă comunicată de Asigurat/Contractant și se consideră primită de destinatar la data menționată pe confirmare de oficiul poștal primitor. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că Partea destinatară și-a schimbat adresa fără să comunice acest lucru celeilalte Părți, sau în cazul respingerii sau refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la domiciliu/ reședință/ sediu și/sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau, după caz, respingerea sau refuzul de a primi notificarea.
  - (ii) prin fax, astfel: Asiguratul/ Contractantul va transmite notificările la numărul de fax al unității Asigurătorului cu care Asiguratul/ Contractantul a încheiat contractul de asigurare, respectiv, după caz, Sucursala/ Agenția sau Centrala, iar Asigurătorul va transmite notificarea la numărul de fax al Asiguratului/ Contractantului comunicat la momentul încheierii contractului de asigurare; notificarea se consideră primită în prima zi lucrătoare ulterioară celei în care a fost expediată.
  - (iii) prin înmânare directă: notificările sunt valabile dacă au fost depuse la registratura unității Asigurătorului cu care Asiguratul/Contractantul a încheiat contractul de asigurare, respectiv, după caz, Sucursala/Agenția sau Centrala Asigurătorului, iar în cazul Asiguratului, la registratura acestuia, în cazul persoanelor juridice, sau prin semnătură de primire, în cazul persoanelor fizice.
  - (iv) prin mijloace electronice (e-mail) la adresa comunicată de părți la momentul încheierii contractului de asigurare.

Notificările/ comunicările verbale nu se iau în considerare de către niciuna dintre părți dacă nu sunt confirmate prin intermediul uneia dintre modalitățile prevăzute mai sus.

#### **16. SUBROGARE**

**16.1** În limitele despăgubirilor acordate, Societatea este subrogată în toate drepturile Asiguratului sau ale Beneficiarului contra celor răspunzători de producerea daunei asigurate, alții decât Asiguratul.

**16.2** Asiguratul răspunde de prejudiciile aduse Asigurătorului prin acte care ar împiedica realizarea dreptului prevăzut mai sus.

**16.3** Asigurătorul este îndreptățită să inițieze, după plata despăgubirii și în limita acesteia, acțiune de regres împotriva persoanelor vinovate de producerea sau mărirea pagubei.

**16.4** Dacă Asiguratul împiedică ori nu conservă dreptul de regres al Asigurătorului, sau dacă din vina lui exercitarea acestui drept nu mai este posibilă, Asigurătorul are dreptul să nu acorde despăgubirea, până la limita sumei reprezentând dreptul de regres.

**16.5** Dacă despăgubirea a fost deja acordată, Asiguratul/Beneficiarul este obligat să înapoieze Asigurătorului valoarea acesteia.

#### **17. MODIFICARE CONTRACT DE ASIGURARE**

**17.1** Prin acordul scris al Asiguratului/Contractantului și Asigurătorului, asigurarea poate fi completată și/sau modificată prin act adițional în formă scrisă.

**17.2** Prin excepție de la prevederile art. 17.1, Asigurătorul are dreptul, în cazul în care constată, pe parcursul perioadei de asigurare, modificarea nivelului de risc sau apariția unor riscuri suplimentare (exemple: includerea Asiguratului într-un program de sancțiuni internaționale, evoluția pieței de asigurare și reasigurare etc.), să reevalueze riscul și să decidă cu privire la:

17.2.1 menținerea în vigoare a contractului de asigurare, stabilind, dacă este cazul, noi termeni și condiții privind acoperirea oferită de asigurare (inclusiv modificarea primei de asigurare) în raport cu noile împrejurări privind condițiile de risc. Asigurătorul poate modifica unilateral termenii și condițiile contractului de asigurare, cu condiția transmiterii către Asigurat a unei notificări prealabile cu cel puțin 20 zile calendaristice înainte de intrarea în vigoare a modificărilor. Dacă Asiguratul nu este de acord cu modificarea condițiilor contractuale, acesta poate denunța Polița în termen de 10 de zile calendaristice de la data primirii notificării de modificare transmisă de Asigurător, în caz contrar asigurarea continuând conform notificării de modificare transmisă de către Asigurător.

17.2.2 suspendarea Poliței printr-o notificare scrisă, suspendarea încetând la data semnării de către părți a unui act adițional de modificare a acoperirii – termeni, condiții și/sau prima de asigurare.

#### **18. LEGISLAȚIE**

**18.1.** Asigurarea încheiată potrivit prevederilor contractului de asigurare este supusă legilor din România, acestea completându-se cu prevederile legale în vigoare de drept comun, precum și cele specifice asigurărilor.

**18.2.** Asiguratul declară că cele prevăzute în contractul de asigurare au fost negociate cu Asigurătorul, conform prevederilor Legii nr. 193/2000 privind clauzele abuzive din contractele încheiate între comercianți și consumatori, cu modificările și completările ulterioare.

**18.3.** Deducerile prevăzute de legislația fiscală aplicabilă contractelor de asigurare se supun Codului Fiscal în vigoare, cu modificările și completările ulterioare.

**18.4.** Documentele care atestă încheierea unei asigurări pot fi semnate și certificate prin mijloace electronice, în condițiile prevăzute de Legea nr. 455/2001 privind semnătura electronică.

**18.5.** În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, Societatea contribuie la Fondul de garantare destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate în condițiile legii, în cazul constatării falimentului Asigurătorului.

**18.6.** Societatea, în cadrul relației contractuale și în conformitate cu prevederile legale în vigoare (Regulamentul General privind Protecția Datelor nr. 679/2016 "GDPR") colectează și prelucrează date cu caracter personal ale asiguraților/ contractanților sau beneficiarilor contractelor de asigurare, înscrise în acestea, în scopul prestării serviciilor de asigurare (oferțare și emitere contracte de asigurare, gestionare contracte de asigurare, alte scopuri strategice și operaționale, cum ar fi: achiziționarea de reasigurări și gestionarea afacerii noastre, soluționarea daunelor, recuperarea creanțelor) și al respectării obligațiilor legale (în scopul detectării și prevenirii potențialelor fraude și al combaterii spălării banilor sau finanțării terorismului; în scopul aplicării sancțiunilor internaționale etc.). Colectarea și procesarea datelor cu caracter personal este legală și vă informăm că doar persoanele abilitate din cadrul sau contractate de Asigurător vor avea acces la datele cu caracter personal, în scopul atingerii acestor scopuri. Datele vor fi tratate într-o manieră confidențială, însă este posibil ca Asigurătorul să primească cereri de acces la date de la autoritățile competente, caz în care vom da curs acestora, strict conform legii. Datele personale pot fi transmise către colaboratori/ parteneri/ reasigurători ai Asigurătorului în vederea desfășurării activității de asigurare-reasigurare (furnizorii implicați în mod direct/ indirect în procesul de asigurare: reasigurători, dezvoltatori de servicii IT, prestatori de servicii de instrumentare, administrare a daunelor; furnizori de servicii externalizate prestate în beneficiul Asigurătorului, call center; auditorilor externi; precum și de către intermediarii în asigurări implicați în administrarea contractului de asigurare). În scopurile enunțate mai sus, Asigurătorul poate avea un temei legal de a transmite date cu caracter personal către alte companii aflate în afara Zonei Economice Europene. În aceste cazuri, dacă partenerii sau reasigurătorii sau alți destinatari ai datelor sunt în afara Spațiului Economic European, vom lua toate măsurile pentru asigurarea respectării stricte a art.45 alin.1, art.46 alin.1 și 2 sau, după caz, a art.49 alin.1 din Regulamentul UE 679/2016.

Datele cu caracter personal vor fi păstrate pentru o perioadă de maxim 1 an, în cazul în care nu se încheie contract de asigurare, respectiv, pe o perioadă de 10 ani după încetarea relației de asigurare. Perioada păstrării este în relație directă cu îndeplinirea scopurilor menționate mai sus sau pentru îndeplinirea unor obligații legale din domeniul asiguraților sau a oricaror alte obligații legale (arhivare etc.). În cazul unor litigii, datele vor fi păstrate pentru perioada necesară finalizării litigiului.

Aveți următoarele drepturi cu privire la datele dvs. cu caracter personal: dreptul de acces, de rectificare, de ștergere, de a solicita restricționarea prelucrării, de a obiecta la prelucrare, de a nu fi supus unei decizii automate, dreptul la portabilitate (daca este posibil), pe care le puteți exercita adresându-vă societății noastre:

- prin e-mail: [office@cityinsurance.ro](mailto:office@cityinsurance.ro); Ofițerul DPO poate fi contactat la adresa de email: [dpo@cityinsurance.ro](mailto:dpo@cityinsurance.ro);
- prin poștă: Sediul central: București, str. Emanoil Porumbaru, nr.93-95, sector 1, CP 011424
- depunere personală: oricare din sediile Asigurătorului din București sau din țară.

Aveți de asemenea dreptul de a formula plângere adresată Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Date (sediu: București, Bdul Gen. Gheorghe Magheru nr. 28-30, sector 1, CP 010336; Telefon: +40.318.05.92.11, Fax: +40.318.05.96.02 email: [anspdc@dataprotection.ro](mailto:anspdc@dataprotection.ro)).

Pentru mai multe informații, puteți accesa Politica de confidențialitate și de prelucrare a datelor cu caracter personal publicată pe website-ul [www.cityinsurance.ro](http://www.cityinsurance.ro)

## 19. LITIGII

**19.1** Orice eventual litigiu în legătură cu aplicarea Poliței se rezolvă pe cale amiabilă între Părți sau, în cazul în care acest lucru nu este posibil, de către instanțele judecătorești competente din România.

**19.2** Societatea este îndreptățită să inițieze, după plata despăgubirii și în limita acesteia, acțiune de regres împotriva persoanelor vinovate de producerea sau mărirea pagubei.

**19.3** 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. 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](http://www.salfin.ro).

## 20. FORȚA MAJORĂ ȘI CAZUL FORTUIT

**20.1** Dacă legea nu prevede altfel sau părțile nu convin contrariul, răspunderea este înlăturată atunci când prejudiciul este cauzat de forță majoră sau de caz fortuit.

**20.2** Asigurătorul, Asiguratul și Contractantul nu răspund de neexecutarea la termen sau de executarea în mod necorespunzător a oricărei obligații ce le revine dacă neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a obligației respective a fost cauzată de forță majoră.

**20.3** Partea care invocă forță majoră este obligată să notifice cealaltă parte în termen de 5 (cinci) zile calendaristice de la producerea evenimentului care a generat forță majoră și să ia toate măsurile necesare în vederea limitării consecințelor. În următoarele 15 (cincisprezece) zile calendaristice trebuie transmise către cealaltă parte contractantă documentele eliberate de organele competente care să ateste evenimentele care au determinat forță majoră și cazul fortuit.

**20.4** Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile lucrătoare de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, Părțile au dreptul să notifice încetarea de plin drept a Poliței fără ca vreuna dintre ele să pretindă daune-interese, însă au obligația de a-și onora toate obligațiile scadente până la data producerii evenimentului.

## 21. DISPOZIȚII FINALE

**21.1** Dreptul la acțiune privind solicitarea de despăgubiri în baza contractului de asigurare, se stinge în termen de 2 ani de la data expirării termenului stabilit pentru plata despăgubirilor. După trecerea acestui interval de timp, Asigurătorul este eliberat de obligația plății despăgubirilor.

**21.2** Asiguratului ori Beneficiarului îi sunt opozabile neîndeplinirea de către Contractant a obligațiilor asumate prin prezenta Poliță.

**21.3** Dacă o clauză a acestui contract de asigurare este declarată nulă, celelalte dispoziții ale contractului de asigurare nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză valabilă care să corespundă cât mai bine spiritului contractului de asigurare.

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

**21.5** Prin semnarea Poliței părțile declară expres că au analizat și cunosc limitările în timp și de conținut inserate în prezentele condiții de asigurare și le consideră rezonabile, utile și necesare pentru buna desfășurare a raportului juridic dintre ele.

**ASIGURAT/CONTRACTANT,**

(nume, prenume/denumire, semnătură)

**ASIGURĂTOR,**

**Societatea de Asigurare-Reasigurare  
City Insurance S.A.**

(nume, prenume, semnătură, ștampilă)