

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: 93.284.350 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 nesusceptibilă 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 maximumul 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 sportivi:

a) **CLASA I:** ski fond, dans sportiv, atletism, volei de plajă, kaiac-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 vătămărilor 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 vătămărilor 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 ²	10%	
b) pe o suprafață de la 3 la 6 cm ²	20%	
c) pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	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 antebrațului (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 antebraț	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 gâmbei (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 gâmbei (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 prezervarea 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 anului temporale. Perioada maximă de spitalizare asigurată pe persoană este de maxim 90 de zile ca urmare a aceluiași 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 aceluiași 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%
Fractură carpiene, metacarpiene, nas, coaste, stern	10%
Fractură pelvis (cu tracțiune)	30%
Fractură de vertebră – procesare transversală	5%
Fractură comprimată de vertebre	40%
Fractură încheieturii	10%
Fractură 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 vătămărilor 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, răzvrătiri 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) iradierii 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 reparative, cu excepția celor recomandate de către un medic specialist, pentru remedierea 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 convenită 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 Comisioanele/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. ÎNCHIEIEREA 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. REÎNNOIEREA POLIȚEI DE ASIGURARE

11.1 Reînnoierea 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 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;
- i) 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;
- j) 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;
- k) să furnizeze toate informațiile și probele documentare solicitate de Asigurător și să permită acestuia să facă investigații referitoare la caz;
- l) 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.

12.3 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 după caz, la ora 0:00 a zilei în care aceasta este anulată ori reziliată, sau odată cu producerea evenimentului asigurat care are ca urmare epuizarea limitei de răspundere.

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 Quantumul 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 Asigurătorului 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 Asigurător 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 Asigurătorului se vor prezenta și rezultatele testelor medicale efectuate;
- f) facturile aferente cheltuielilor medicale;

14.17 Asigurătorul 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 Asigurătorului orice informații medicale ce sunt necesare pentru soluționarea dosarului de daună. Informațiile obținute de Asigurător 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 Asigurătorului documentele solicitate, dă dreptul Asigurătorului de a refuza plata indemnizației, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările accidentului.

14.21 Asigurătorul poate refuza plata despăgubirii dacă Asiguratul nu își îndeplinește obligațiile, sau dacă cererea de despăgubire este frauduloasă ori dacă nu s-au depus actele necesare pentru stabilirea împrejurărilor în care s-a produs evenimentul asigurat și a întinderii prejudiciului.

14.22 Societatea este îndreptățită să 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.

14.23 Plata indemnizației se face în termen de cel mult 30 zile lucrătoare de la data depunerii ultimului document necesar finalizării dosarului de daună, în lei, la cursul BNR din ziua plății.

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

14.25 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/DENUNȚARE. NOTIFICĂRI. COMUNICĂRI

15.1 În cazul în care, 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, Polița se reziliază de drept iar primele de asigurare plătite pentru perioada ulterioară rezilierii se restituie, înștiințându-se despre aceasta Asiguratul/Contractantul.

15.2 Pe parcursul valabilității asigurării, Asiguratul, Contractantul, Asigurătorul pot denunța sau rezilia contractul de asigurare.

15.3 Polița încetează la expirarea perioadei asigurate sau, după caz, prin:

- a) neplata ratelor de primă de asigurare;
- b) epuizarea limitei răspunderii;
- c) acordul Asigurat/Asigurător sau Contractant/ Asigurător;
- d) denunțare unilaterală;
- e) rezilierea la cererea oricăreia dintre Părți;
- f) falimentul Asiguratului și/sau al Asigurătorului;
- g) producerea evenimentului asigurat nu mai este posibilă.

15.4 Dacă Asiguratul decedează, drepturile care decurg din prezentul contract se transferă Beneficiarului, după caz moștenitorilor legali sau testamentari, cu acordul scris al acestora, comunicat Asigurătorului.

15.5 Oricând pe durata sa de valabilitate, contractul de asigurare poate fi denunțat în scris de către oricare dintre cele două Părți, cu un preaviz de cel puțin 20 de zile calendaristice, prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire.

15.6 În cazul încetării Poliței din orice motiv (denunțare, reziliere etc.):

- a) în situația în care s-au plătit deja despăgubiri sau sunt avizate daune în baza Poliței încetate, prevederile acesteia se aplică pentru toate evenimentele asigurate survenite înainte de data încetării, până la lichidarea definitivă a acestora și Asigurătorul nu restituie prima de asigurare.
- b) în situația în care nu s-au plătit deja despăgubiri sau nu sunt avizate daune în baza Poliței încetate, Asigurătorul va restitui Asiguratului/ Contractantului, la cerere, diferența dintre prima plătită de acesta și prima datorată pentru perioada anterioară încetării, dacă nu se prevede altfel, în mod expres, prin prezentele condiții de asigurare. Prima de asigurare de restituit se calculează "pro-rata temporis", în funcție de numărul de zile cuprinse în asigurare.

În cazul în care plata primei de asigurare s-a efectuat în echivalentul în lei al unei valute, restituirea diferenței de primă se face în lei, la cursul BNR din data încetării valabilității Poliței.

15.7 În cazul denunțării/rezilierii Poliței, prevederile acesteia se aplică pentru toate cazurile de producere a unui prejudiciu asigurat înainte de denunțare/reziliere.

15.8 În cazurile în care se constată degradarea condițiilor existente la data încheierii asigurării, creșterea nivelului de risc, nerespectarea eventualelor recomandări ale Societății sau apariția unor riscuri suplimentare, Societatea are dreptul să suspende Polița printr-o notificare (scrisă), iar răspunderea Societății încetează. În urma constatării remedierii neajunsurilor, Societatea va comunica în scris Asiguratului reintrarea în vigoare a Poliței, în acest caz perioada de asigurare prelungindu-se cu perioada de suspendare.

15.9 Dacă se constată că Asiguratul a comunicat la încheierea asigurării date inexacte sau incomplete, Societatea are dreptul înainte de producerea

evenimentului asigurat, să propună Asiguratului modificarea corespunzătoare a contractului de asigurare sau să îl denunțe dacă, cunoscând exact împrejurările, nu l-ar fi încheiat.

15.10 În caz de neplată la scadență a unei rate de primă (ulterioară celei dintâi), asiguratul beneficiază de o perioadă de grație de 15 zile calendaristice de la scadența ratei respective, polița de asigurare rămânând în vigoare în acest interval.

15.11 În cazul în care sumele datorate de Asigurat cu titlu de primă nu sunt plătite până la sfârșitul perioadei de grație, contractul de asigurare își suspendă automat efectele juridice, iar răspunderea Societății încetează începând cu ora 24:00 a celei de-a 15-a zi scurse de la data scadență a plății, fără a fi necesară nici o notificare (în scris) din partea Societății. Asigurătorul nu are obligația de suportare a vreunui risc asigurat care s-ar putea produce pe durata suspendării efectelor prezentului Contract.

15.12 În cazul în care sumele datorate de Asigurat cu titlu de primă sunt plătite în termen de maxim 30 de zile calendaristice de la data scadență, atunci polița reintra în vigoare cu începere de la ora 00:00 a zilei următoare celei în care a avut loc încasarea sumei respective. Perioada de valabilitate a contractului nu se prelungește cu durata cât acesta a fost suspendat.

15.13 Dacă Asiguratul nu plătește rata de primă restantă în termen de maxim 30 de zile calendaristice de la data scadență, prezentul Contract se reziliază pe deplin drept, fără punere în întârziere, fără intervenția vreunei instanțe judecătorești și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile, la ora 24:00 a celei de-a 30-a zi scurse de la data scadență a plății.

Primele de asigurare plătite de Asigurat ulterior termenului maxim 30 de zile calendaristice de la data scadență se consideră plăți nedatorate și se restituie.

15.14 În cazul în care Asiguratul este de rea credință, dovedită sau evidentă, Societatea este scutită de obligațiile de plată a despăgubirii în urma producerii evenimentului asigurat sau are dreptul să denunțe contractul de asigurare, cu efect imediat.

15.15 Toate comunicările cu privire la prezentul contract trebuie să fie efectuate în scris, prin scrisoare recomandată, însoțită de confirmare de primire.

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 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.

16.4 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, agreeată și semnată de părți, atât înaintea încheierii contractului de asigurare, cât și oricând în timpul perioadei de asigurare, modificările respective intrând în vigoare de la data convenită de părți.

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 administrat de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, 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 (ofertare și emitere contracte de asigurare, gestionare contracte de asigurare, alte scopuri strategice și operaționale, cum ar fi: achiziționarea de reasigurări și gestionarea afacerii noastre, solutionarea 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 asigurărilor 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; Ofițerul DPO poate fi contactat la adresa de email: 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: ansdpcp@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

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.

20. FORȚA MAJORĂ

20.1 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 forța majoră.

20.2 Partea care invocă forța majoră este obligată să notifice cealaltă parte în termen de 5 (cinci) zile calendaristice de la producerea evenimentului care a generat forța 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 forța majoră.

20.3 Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile lucrătoare de la producere, evenimentul respectiv nu încetează, Părțile au dreptul să notifice încetarea deplin 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 de a ridica pretenții față de Asigurător privind achitarea despăgubirii se stinge în termen de 2 ani de la data producerii evenimentului asigurat.

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)