

Notă de informare pentru asigurații din contractul de asigurare de viață de grup pentru deținătorii de carduri de debit MASTERCARD WORLD ELITE emise de Unicredit Bank S.A. numărul GLS2568084632

Întelegem că îți dorești mai mult decât un simplu card, iar pentru tine siguranța financiară, a ta și a celor dragi, este importantă.

Noi, Unicredit Bank S.A., împreună cu partenerul Allianz-Tiriac Asigurări SA, am pregătit o soluție simplă, potrivită pentru tine.

Allianz-Tiriac Asigurări SA acoperă prin contractul de asigurare de viață de grup încheiat cu Unicredit Bank S.A. persoane fizice deținătoare de card de debit MASTERCARD WORLD ELITE emis de această bancă, astfel că beneficiezi de o protecție financiară pentru situații dificile, ușor de înțeles și de accesat.

Informațiile prezentate în continuare sunt destinate înțelegerii de către Asigurat a acoperirilor furnizate de acest contract de asigurare, sumele asigurate, excluderile contractuale, condiții de eligibilitate, teritorialitatea acoperirilor, informații referitoare la avizarea daunelor și documentele necesare pentru aceasta, soluționarea dosarelor de dauna și alte prevederi referitoare la asigurare.

DEFINIȚII

Accident: eveniment subit, provenit din afară, violent și produs fără voința persoanei asigurate.

Act de terorism: orice act care:

- implică utilizarea forței, violenței sau amenințarea asupra oricărei persoane sau grupuri de persoane, fără a se limita la aceste acțiuni
- este întreprins de persoane care acționează individual, în numele sau în legătură cu organizații sau guverne
- reprezintă:
 - o acțiune săvârșită în scop politic, religios, ideologic ori similar, sau
 - intenția de a influența orice guvern și/ sau de a induce panică în rândul populației

sau care:

- presupune utilizarea oricărui material, dispozitiv sau arme de natură biologică, chimică, radioactivă sau nucleară.

Asigurat: persoana fizică deținătoare a unui card de debit MASTERCARD WORLD ELITE emis de Bancă, asigurată în baza contractului de asigurare.

Asigurător: Allianz-Tiriac Asigurări S.A., numărul de ordine în Registrul asiguratorilor, reasiguratorilor și intermediarilor în asigurări și/ sau în reasigurări RA-017.

Beneficiar: persoana îndreptățită să încaseze indemnizația de asigurare, în cazul producerii evenimentului asigurat. În înțelesul prezentului document, Beneficiarii sunt moștenitorii legali ai Asiguratului în cazul riscului de deces și, respectiv, Asiguratul pentru celelalte riscuri.

Boală: orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/ sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice și paraclinice.

Contractant: Unicredit Bank S.A, denumit în acest document Banca.

Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare: Ora 00:00 a zilei următoare datei de emitere a cardului de debit MASTERCARD WORLD ELITE.

Data de reziliere/ denunțare a contractului de asigurare: data începând de la care răspunderea Asiguratorului pentru

riscurile survenite ulterior încetează.

Forță majoră: un eveniment imprevizibil și insurmontabil, independent de orice control al părții implicate și care generează imposibilitatea temporară sau definitivă de executare parțială ori totală a obligațiilor și care constituie sau este de natura unuia sau a mai multora dintre evenimentele care urmează: catastrofe naturale, incendii, inundații, explozii, fulgere, tornade, cutremure, alunecări de teren, epidemii, război, război civil, blocaje, insurecții, sabotaj, acte de terorism, tulburări civile, stare de necesitate, stare de urgență.

Indemnizație de asigurare: suma cuvenită Beneficiarului/ Beneficiarilor drept despăgubire în cazul producerii unui eveniment acoperit de prezenta asigurare, calculată în raport cu suma asigurată a fiecărui risc în parte.

Intervenție chirurgicală: procedura chirurgicală clasică efectuată de un medic chirurg la recomandarea unui medic specialist în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) este practică conform standardelor și normelor medicale recunoscute, de către un medic chirurg sau de către o echipă operatorie de specialitate, în prezența unui medic A.T.I., în secția de chirurgie a unui spital;
- b) presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii sau proceduri/ tehnici echivalente, având drept scop primar îndepărtarea procesului patologic;
- c) necesită spitalizarea persoanei care suferă intervenția chirurgicală pentru minimum 3 zile consecutive.

Invaliditate de gradul I: invaliditatea de gradul I sau gradul de handicap cu deficiență funcțională gravă, stabilite conform deciziei emise de medicul expert al asigurărilor sociale, conform prevederilor legale privind sistemul public de pensii și alte asigurări sociale.

Medic: persoana cu pregătire medicală superioară de specialitate care deține drept de liberă practică în statul în care își exercită profesiunea.

Medic chirurg: persoana cu pregătire medicală superioară de specialitate care deține drept de liberă practică într-o specialitate chirurgicală în statul în care își exercită profesiunea.

Medic A.T.I.: medic cu diplomă recunoscută în specialitatea anestezie și terapie intensivă.

Moneda contractului de asigurare: moneda în care sunt exprimate sumele asigurate și prima. Moneda contractului de asigurare este leul românesc (lei).

Perioadă de asigurare: intervalele de timp în care Asiguratul beneficiază de acoperirea riscurilor conform contractului de asigurare:

- perioada cuprinsă între ora 0:00 a zilei următoare datei emiterii cardului de debit MASTERCARD WORLD ELITE și ora 24:00 a datei de expirare a acestui card

Spital: instituție autorizată, publică sau privată, din țară sau străinătate, care îndeplinește cumulativ condițiile prevăzute de lege. Sanatoriul nu este considerat spital conform prezentelor condiții.

Spitalizare: perioada continuă de internare într-un spital, de minimum 24 de ore, recomandată de un medic de specialitate în scopul tratării vătămărilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli.

Sumă asigurată: valoare indicată în documentele contractuale pentru un risc asigurat, în funcție de care se calculează indemnizația de asigurare.

ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE ȘI ÎNCEPUTUL RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

Răspunderea Asiguratorului pentru un Asigurat începe la ora 0:00 a zilei următoare emiterii de către Banca a unui card de debit MASTERCARD WORLD ELITE pentru respectivul Asigurat, cu respectarea condițiilor de eligibilitate pentru acesta.

CONDIȚII DE ELIGIBILITATE A ASIGURATULUI

Pentru a putea fi preluată în asigurare ca Asigurat, o persoană trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să aibă vârsta de minimum 18 ani împliniți și maximum 69 de ani împliniți
- b) să dețină un card de debit MASTERCARD WORLD ELITE la UniCredit Bank. Pentru persoanele care detin mai mult de un card de debit MASTERCARD WORLD ELITE la UniCredit Bank, este valabilă o singură asigurare.

RISURILE ASIGURATE

Prin contractul de asigurare, Asiguratorul acoperă următoarele riscuri:

- a) decesul Asiguratului produs în perioada de asigurare, ca urmare a unei boli
- b) decesul Asiguratului produs în perioada de asigurare, ca urmare a unui accident produs în această perioadă
- c) producerea pentru prima dată în perioada de asigurare a invalidității de gradul I a Asiguratului ca urmare a unui accident produs în această perioadă și confirmată în termen de maximum un an de la data accidentului
- d) intervențiile chirurgicale suferite de Asigurat în perioada de asigurare, necesare ca urmare a unui accident produs în această perioadă, efectuate în termen de 30 de zile de la data accidentului, care necesită spitalizarea pentru minimum 3 zile consecutive; maximum 5 intervenții pe întreaga perioadă de asigurare pentru Asigurat.

SUMA ASIGURATA

Suma asigurata pentru fiecare risc este:

- a) deces ca urmare a unei boli: suma asigurata 1.000 RON.
- b) deces ca urmare a unui accident: suma asigurata 200.000 RON.
- c) invaliditate de gradul I ca urmare a unui accident: suma asigurata 200.000 RON
- d) interventii chirurgicale ca urmare a unui accident: suma asigurata 5.000 RON

LIMITA TERITORIALĂ

Riscurile sunt acoperite în întreaga lume.

EXCLUDERI

Asiguratorul nu acoperă riscurile asigurate prin acest contract de asigurare, cauzate direct sau indirect de:

- a) sinuciderea, încercarea de sinucidere sau de automutilare a Asiguratului
- b) consumul de alcool, medicamente sau droguri, cu excepția medicamentelor prescrise de un medic, administrate conform rețetelor acestuia
- c) orice fel de boli mentale, tulburări psihice sau de natură nervoasă
- d) otrăvirea sau intoxicația cauzată de ingerarea sau inhalarea de substanțe solide, lichide sau gazoase, cu excepția situației în care acestea au fost generate de un accident
- e) săvârșirea cu intenție de către Asigurat a unei fapte incriminate ca infracțiune de legea statului în care s-a produs fapta (constatăta printr-un act judiciar emis de autoritatea competentă din statul unde s-a săvârșit fapta), dacă aceasta este incriminată în mod similar de legea română
- f) evenimente de război, indiferent dacă războiul a fost declarat sau nu; cu toate acestea, este acoperit decesul Asiguratului cauzat de astfel de evenimente, în timpul prezenței sale în afara țării de reședință, dacă nu a participat activ la acestea
- g) participarea activă a Asiguratului la acte de terorism sau tulburări interne – revolte, tulburări sociale, revoluții – de partea celor care le-au generat
- h) contaminarea radioactivă, acțiunea armelor chimice sau biologice
- i) practicarea unor sporturi sau hobby-uri periculoase precum, dar fără a se limita la: aviație, parașutism, zbor cu parapanta, planorism, deltaplanorism, sărituri cu schiuri, bungeejumping, alpinism, escaladă, speologie, surfing, curse de călărie, rodeo, competiții de arte marțiale, curse auto, circuite pentru motocicliști, rafting, scufundări libere, la mare adâncime sau sub strat de gheață
- j) practicarea unor sporturi la nivel profesionist, încercarea de a atinge recorduri
- k) angajarea în ocupații periculoase precum, dar fără a se limita la: aviație (aviație utilitară, piloți de testare, piloți pentru platformele de combustibil), scufundări care folosesc explozibili, activități de exploatare minieră (în subteran), de instalații pentru combustibili, activități pe platforme de petrol și gaze, activități în industria substanțelor explozibile
- l) evoluția unei boli infecțioase ce debutează în contextul unei epidemii/ pandemii declarate în mod oficial de către autoritatea abilitată
- m) SIDA sau infecție cu HIV.

Suplimentar excluderilor de mai sus, Asiguratorul nu acoperă riscul de invaliditate de gradul I cauzat direct sau indirect de:

- a) acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate
- b) anomalii congenitale sau complicațiile/ bolile implicate de anomalii congenitale, indiferent dacă Asiguratul avea sau nu cunoștință de existența acestora.

Suplimentar excluderilor de mai sus, Asigurătorul nu acoperă riscul de intervenții chirurgicale cauzat direct sau indirect de:

- a) acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate
- b) intervențiile de chirurgie estetică, precum și alte servicii care doar îmbunătățesc sau modifică aspectul fizic al Asiguratului; intervențiile chirurgicale care implică exclusiv incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, sutura tegumentului, precum și injectarea de substanțe terapeutice sau diagnostice
- c) intervențiile chirurgicale care, în opinia medicilor agreeți de Asigurător, sunt experimentale sau sunt efectuate numai în scop diagnostic
- d) intervențiile chirurgicale stomatologice sau pentru restaurare dentară
- e) intervențiile chirurgicale survenite ca urmare a unei intervenții chirurgicale/ tratament, efectuate anterior datei de intrare în vigoare a acoperirii riscului
- f) intervențiile chirurgicale suferite de către Asigurat după mai mult de un an calendaristic de la data producerii accidentului, cu excepția intervențiilor chirurgicale necesare pentru extragerea materialului de osteosinteză introdus cu ocazia unei alte intervenții chirurgicale post-traumatice acoperite prin prezenta asigurare
- g) intervențiile chirurgicale necesare pentru a trata anomalii congenitale sau complicațiile/ bolile implicate de anomalii congenitale, indiferent dacă Asiguratul avea sau nu cunoștință de existența acestora
- h) intervențiile chirurgicale necesare pentru corecția chirurgicală a vederii, precum și orice tip de chirurgie oftalmologică, cu excepția cazurilor determinate direct de un accident
- i) intervențiile chirurgicale în legătură cu sarcina preexistentă, cu excepția intervențiilor chirurgicale necesare ca urmare a unui accident
- j) intervențiile chirurgicale pentru tratamentul sau terapia disfuncțiilor sexuale, infertilității, sterilizarea, inseminarea artificială, fertilizarea in-vitro sau transferul embrionului, avortul provocat, circumcizia la cerere, intențiile de schimbare a sexului, frigiditate și/sau impotență, spitalizarea pentru tratarea oricăror tulburări de identitate sexuală.

OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI/ BENEFICIARULUI

Asiguratul/Beneficiarii sunt obligați:

- a) să avizeze în scris Asigurătorul, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea unui risc asigurat, indicând locul, data, ora, cauzele și împrejurările producerii acestuia
- b) să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător și să faciliteze eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat; dacă documentele au fost întocmite pe teritoriul altei țări, să furnizeze Asigurătorului traduceri legalizate ale acestora în limba română sau engleză.

În caz de nerespectare a obligațiilor prevăzute la lit. a) și b) de mai sus, Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare dacă, din acest motiv, nu a putut determina cauza producerii riscului asigurat.

Asiguratul are obligația ca, în cazul în care suferă un accident, să ceară și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru a-și grăbi restabilirea. Asigurătorul poate refuza plata indemnizației de asigurare în cazul în care constată că Asiguratul nu a cerut tratamentul medical, nu a respectat indicațiile medicale sau prestează activități contraindicate în raport cu afecțiunea sau vătămarea suferită.

În cazul decesului Asiguratului, Beneficiarul va aviza în scris Asigurătorul cu privire la producerea acestui eveniment.

Avizarea trebuie însoțită de următoarele documente:

- a) copia legalizată a certificatului de deces
- b) copia certificatului medical constatator al decesului
- c) procesul-verbal de constatare a accidentului (în cazul decesului Asiguratului ca urmare a unui accident), încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi că evenimentul produs este o consecință a unui accident: adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a dat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.)

- d) documente care să ateste calitatea de moștenitor
- e) documente de identificare ale Beneficiarilor
- f) detaliile bancare necesare pentru plata sumei asigurate
- g) orice alt document solicitat de Asigurător, necesar soluționării dosarului de daună.

În cazul producerii riscului de invaliditate de gradul I ca urmare a unui accident, Asiguratul va furniza Asigurătorului următoarele documente:

- a) decizia de încadrare în gradul I de invaliditate sau de stabilire a gradului de handicap cu deficiență funcțională gravă și documentele medicale care atestă cauzele și circumstanțele producerii invalidității, inclusiv istoricul medical al afecțiunii
- b) procesul-verbal de constatare a accidentului, încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi că evenimentul produs este o consecință a unui accident: adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.
- c) copia actului de identitate al Asiguratului semnată de acesta
- d) detaliile bancare necesare pentru plata sumei asigurate
- e) orice alt document solicitat de Asigurător, necesar soluționării dosarului de daună.

În cazul producerii riscului de intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident, Asiguratul va furniza Asigurătorului următoarele documente:

- a) bilet de ieșire din spital – în original
- b) copia foii de observație din spital, care să conțină data și ora la care a început și s-a terminat spitalizarea Asiguratului
- c) adeverința medicului chirurg incluzând descrierea protocolului operator; acest document trebuie să precizeze data efectuării intervenției chirurgicale, precum și istoricul clinic
- d) procesul-verbal de constatare a accidentului, încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi că evenimentul produs este o consecință a unui accident: adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.
- e) copia actului de identitate al Asiguratului semnată de acesta
- f) detaliile bancare necesare pentru plata sumei asigurate
- g) orice alt document solicitat de Asigurător, necesar soluționării dosarului de daună.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita documente medicale care să ateste necesitatea repetării intervenției chirurgicale.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita examinări/ rapoarte suplimentare referitoare la starea de sănătate a Asiguratului; examinarea suplimentară va fi efectuată de către medici agreați de către Asigurător, în acest caz costurile cu examinarea fiind suportate de către Asigurător.

DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI ÎN CAZUL PRODUCERII ȘI AVIZĂRII RISCULUI

Dacă, în legătură cu producerea unui risc asigurat, împotriva Asiguratului/Beneficiarului în caz de deces a fost instituită o anchetă sau o procedură penală, Asigurătorul are dreptul să amâne luarea unei decizii asupra încadrării evenimentului asigurat, până la finalizarea respectivelor acțiuni legale.

Orice piedică sau informație incompletă sau incorectă furnizată de către Asigurat/ Beneficiar/ terț mandatar al acestora, care împiedică Asigurătorul să determine cauzele producerii riscului asigurat, dă Asigurătorului dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare până la furnizarea informațiilor necesare în vederea luării unei decizii privind dosarul de daună.

Asigurătorul are obligația să valideze conformitatea documentelor justificative solicitate, să finalizeze toate investigațiile privind producerea evenimentului avizat și să transmită decizia sa persoanelor îndreptățite în termen de 15 zile calendaristice de la data la care primește toate documentele necesare evaluării dosarului de daună.

Dacă, pe baza documentelor solicitate, Asigurătorul decide că riscul avizat este risc acoperit, în termenul asumat pentru

comunicarea deciziei sale, acesta va proceda astfel:

- a) în cazul decesului Asiguratului ca urmare a unei boli, va plăti Beneficiarului indemnizația de asigurare calculată în raport cu suma asigurată aferentă acestui risc
- b) în cazul decesului Asiguratului ca urmare a unui accident, va plăti Beneficiarului indemnizația de asigurare calculată în raport cu suma asigurată aferentă acestui risc
- c) în cazul invalidității de gradul I ca urmare a unui accident a Asiguratului, va plăti acestuia indemnizația de asigurare calculată în raport cu suma asigurată aferentă acestui risc
- d) în cazul producerii unei intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei boli suferite de Asigurat, va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare calculată în raport cu suma asigurată aferentă acestui risc.

Acoperirea unei intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei boli va face obiectul următoarelor limitări/precizări:

- două sau mai multe intervenții chirurgicale efectuate sub aceeași anestezie sunt considerate o singură intervenție
- în cazul în care o intervenție chirurgicală ar fi putut fi efectuată în același timp cu o altă intervenție chirurgicală, dar nu a fost efectuată, doar o singură intervenție chirurgicală este considerată, cu excepția situației în care întârzierea este corespunzător documentată medical
- dacă un tratament chirurgical este efectuat prin intervenții chirurgicale repetate, toate intervențiile sunt considerate ca o singură intervenție.

Dacă, pe baza documentelor solicitate, Asigurătorul decide că riscul produs în perioada de asigurare nu este acoperit, acesta va informa Asiguratul/ Beneficiarul asupra deciziei de neîncadrare a evenimentului avizat și asupra refuzului de plată a sumei asigurate.

REGLEMENTAREA PLĂȚILOR DATORATE DE ASIGURĂTOR ÎN BAZA OBLIGAȚIILOR CONTRACTUALE

Indemnizațiile de asigurare se vor plăti în moneda contractului de asigurare, într-un cont bancar comunicat în scris Asigurătorului și deschis la o bancă de pe teritoriul României sau prin orice altă modalitate de plată agreată de către Asigurător, în termen de 15 zile de la data furnizării tuturor documentelor necesare.

Eventualele taxe și comisioane privind operațiunile de plată a indemnizațiilor de asigurare vor fi suportate de către Asigurător. În cazul în care detaliile de plată comunicate de Beneficiar nu sunt corecte și/ sau complete, iar încercarea de efectuare a plății de către Asigurător eșuează, Asigurătorul își rezervă dreptul de a reține taxele și comisioanele aferente următoarei/ următoarelor ordonări la plată a aceleiași sume din valoarea ce urmează să fie plătită.

Indemnizațiile de asigurare datorate și neîncasate de Beneficiar se păstrează în evidențele Asigurătorului aferente contractului de asigurare, fără a fi purtătoare de dobândă.

ÎNCETAREA RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

Răspunderea contractuală a Asigurătorului încetează la inițiativa Asigurătorului, conform dispozițiilor legale ori în baza prevederilor sancțiunilor internaționale.

Răspunderea contractuală a Asigurătorului încetează la inițiativa Contractantului/ Asiguratului, la solicitarea de renunțare unilaterală la asigurare, comunicată de Contractant/Asigurat, prin apel telefonic înregistrat către Bancă sau în scris către Asigurător

Acoperirea tuturor riscurilor asigurate prin contractul de asigurare încetează pentru un Asigurat la data unuia dintre următoarele evenimente:

- a) la care Asiguratul pierde calitatea de asigurat, inclusiv ca urmare a decesului
- b) închiderii contului bancar corespunzător cardului de debit MASTERCARD WORLD ELITE deținut de Asigurat la Bancă.
- c) efectuarea plății sau comunicarea deciziei privind refuzul plății sumei asigurate pentru invaliditate de gradul I ca urmare a unui accident, suferită de Asigurat, în situația în care invaliditatea de gradul I ca urmare a unui accident este dovedită din punct de vedere medical, dar nu sunt îndeplinite toate celelalte prevederi contractuale

- d) efectuarea plății sumei asigurate pentru numărul maxim de intervenții chirurgicale suferite de Asigurat, prevăzut pentru întreaga perioadă asigurată
- e) împlinirea vârstei de: 70 de ani pentru Asigurat. Acoperirea încetează la ora 24.00 a ultimei zile a lunii împlinirii vârstei.

REZOLVAREA SOLICITARILOR DE DESPAGUBIRE

Pentru avizarea unui eveniment asigurat se va utiliza una din cele doua optiuni de mai jos:

1. Pe www.allianztiriac.ro secțiunea Anunta o Dauna / Daune Viata sau accesand: <https://notificare.allianztiriac.ro/viata/#>
2. Prin intermediul aplicatiei mobile Allianz-Tiriac, disponibila In Google Play si App Store.

Pentru a valida calitatea de detinator de card MASTERCARD WORLD ELITE, Asiguratorul va solicita o confirmare din partea Unicredit Bank S.A.

CORESPONDENȚA PRIVIND CONTRACTUL DE ASIGURARE

Orice comunicare a Asiguratorului adresată Asiguratului se face folosind cele mai recente date de contact comunicate de către Asigurat, chiar dacă acestea sunt ale unui terț. Conținutul corespondenței îi este opozabil Asiguratului, chiar dacă acesta nu și-a respectat obligația contractuală de a informa Asiguratorul cu privire la modificarea datelor sale de contact.

Asiguratorul nu își asumă nicio responsabilitate în ceea ce privește efectele și consecințele decurgând din întârzierea, nerecepționarea, deteriorarea, pierderea sau din alte erori de transmitere a mesajelor, scrisorilor sau documentelor, din motive independente de activitatea Asiguratorului.

DISPOZIȚII FINALE

Orice solicitare adresată Asiguratorului se face telefonic sau în scris de către Asigurat.

Respectarea de către Asigurat/ Beneficiar a obligațiilor ce le revin, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile lor sunt corecte și sincere, constituie condiții ce preced orice răspundere sau obligație a Asiguratorului de a plăti indemnizațiile de asigurare.

Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare este legea română.

Asiguratul a confirmat, că:

- a fost preinformat referitor la condițiile produsului de asigurare
- a fost preinformat, prin intermediul documentului privind prelucrarea datelor cu caracter personal, semnata cu UniCredit Bank S.A., că prelucrarea de către Allianz-Țiriac Asigurări S.A. –în calitate de terț - a datelor cu caracter personal, inclusiv a celor despre starea de sănătate, este indispensabilă în vederea prestării serviciilor de asigurare și că a fost informat că prelucrarea acestora se va face cu respectarea legislației specifice în vigoare
- este de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a celor despre starea de sănătate, de către Allianz-Țiriac Asigurări S.A.

Posibilele litigii ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare, vor fi soluționate de instanțele de judecată competente.

În vederea rezolvării pe cale amiabilă a reclamațiilor formulate de Contractant/ Asigurat/ Beneficiar, acesta va transmite o reclamație scrisă la oricare dintre adresele de mai jos:

1. Poștă/Registratură: Str. Buzesti, nr. 82 - 94, etajele 3, 4, 12 cod poștal 011017, sector 1, București

E-mail: reclamatii@allianztiriac.ro

2. Site: www.allianztiriac.ro , secțiunile Contact și Reclamații

De asemenea, se pot adresa reclamații către Autoritatea de Supraveghere Financiară, București, Splaiul Independenței nr. 15, sector 5, telefon: 0800825627, fax: 021.659.60.51 / 021.659.64.36, e-mail: office@asfromania.ro

Consumatorul are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, prin intermediul entității SAL-FIN, care

funcționează exclusiv în cadrul A.S.F. În prealabil, trebuie să facută dovada că s-a încercat soluționarea litigiului direct cu comerciantul în cauză. Mai multe informații se găsesc pe <https://www.allianztiriac.ro>, secțiunea Aspecte legale/ Soluționarea alternativă a litigiilor.

Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentele respective.

Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor care le revin în cadrul prezentului contract după producerea oricăruia dintre cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.

FONDUL DE GARANTARE

În caz de constatare a insolvabilității Asigurătorului, conform prevederilor legale, persoanele asigurate, beneficiarii asigurării precum și persoanele păgubite, în cazul asigurărilor de răspundere civilă, pot fi indemnizați/ despăgubiți în baza prezentului contract de asigurare de Fondul de garantare a asiguraților, persoană juridică de drept public, în condițiile prevăzute de Legea nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților.

INFORMAȚII GENERALE PRIVIND DEDUCERILE PREVĂZUTE DE LEGISLAȚIA FISCALĂ CARE SE APLICĂ ASUPRA CONTRACTELOR DE ASIGURARE

În conformitate cu prevederile Legii nr. 571/2003 (Codul fiscal), cheltuielile cu primele de asigurări de viață nu sunt deductibile fiscal, iar despăgubirile primite de la societățile de asigurare nu sunt venituri impozabile. Contractul de asigurare nu are valoare de răscumpărare.