

Asigurarea de asistență medicală în străinătate

SIGNAL IDUNA 

Document de informare privind produsul de asigurare

Societatea: **SIGNAL IDUNA Asigurări S.A.** înregistrată în România și autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub nr. RA-59/ 09.07.2007

Produsul: **SIGNAL Travel**

Acest document are rol de informare a clienților și prezintă un sumar al celor mai importante aspecte ale produsului de asigurare. Te rugăm să citești integral termenii și condițiile produsului de asigurare și toată documentația precontractuală și contractuală pusă la dispoziție de SIGNAL IDUNA Asigurări.

Despre ce tip de asigurare este vorba?

SIGNAL Travel este un produs prin care se acordă asistență medicală de urgență persoanelor fizice cu domiciliul sau rezidența în România, care călătoresc în străinătate în scop turistic, interes de afaceri, studii, participă la diverse festivaluri sau evenimente artistice, desfășoară activități lucrative sau are calitatea de șofer profesionist.

SIGNAL Travel este o asigurare facultativă și include, opțional, acoperirea bagajelor.



Ce se asigură?

Cheltuieli medicale ocazionate de asistență medicală acordată în străinătate persoanelor asigurate în caz de: îmbolnăvire subită și imprevizibilă care pune în pericol sănătatea sau viața asiguratului, prejudicierea stării sănătății ca urmare a unui accident; deces ca urmare a îmbolnăvirii subite și imprevizibile sau a unui accident.

- ✓ informații legale de asistență medicală acordată în caz de urgență;
- ✓ transportul asiguratului la un spital și repatrierea (conform dispozițiilor de natură medicală)
- ✓ însoțirea asiguratului către România
- ✓ acoperirea (plata) cheltuielilor medicale
- ✓ vizitarea asiguratului la spital de o rudă
- ✓ repatrierea corpului neînsuflit
- ✓ În cazul călătoriilor în scop turistic în țările limitrofe și țările Europei se acoperă cheltuielile medicale și de repatriere ca urmare a îmbolnăvirii cu COVID-19, prin contractarea virusului SARS-CoV-2 conform **sub-limitelor din polița de asigurare**. În SUA, Canada și Israel, precum și în oricare din țările lumii (altele decât cele limitrofe sau din Europa), se acordă o limită de **2.500 EUR**. În cazul călătoriilor în alte scopuri decât cel turistic, se acordă o limită de **2.500 EUR**.

Prin plata unei prime suplimentare, se acordă acoperire pentru bagaje (pierdere, distrugere, întârziere mai mare de 12 ore).

Suma asigurată în funcție de opțiunea asiguratului, destinația și scopul călătoriei poate fi **5.000 EUR, 10.000 EUR, 30.000 EUR și 50.000 EUR**.

Se acoperă cheltuieli medicale efectuate ca urmare a unui **puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice în limita a 500 EUR**.



Ce nu se asigură?

Cheltuieli medicale care survin ca urmare sau sunt legate de:

- ✗ război, terorism
- ✗ epidemie /pandemie, cu excepția acoperirii acordate pentru călătoriile în Europa, în scop turistic. Nu se acoperă cheltuielile cu cazarea în urma carantinei impuse de autorități sau din cauza diagnosticării cu COVID-19.
- ✗ participarea asiguratului la competiții sportive profesionale sau semiprofesionale și la antrenamentele oficiale
- ✗ practicarea unor activități lucrative riscante: industria alimentară (măcelărie), industria metalurgică, industria substanțelor / materialelor explozive, exploatarea miniere (în subteran), cariere, alpinism utilitar, platforme de petrol și gaze, activități desfășurate în porturi / șantiere navale, marinari pe rute internaționale, scafandri, cascadori, aviație;
- ✗ orice afecțiune preexistentă și/ sau boală cronică
- ✗ graviditate, naștere, contracepție, sterilizare sau întrerupere de sarcină, exceptând complicația evidentă și neprevăzută survenită înainte de a 28 – a săptămână de sarcină, iar femeia gravidă să aibă sub 40 de ani
- ✗ infecții de tip HIV, SIDA, sau în relație cu acestea, sau orice altă boală transmisă pe cale sexuală
- ✗ tratamente pentru cancer, cu excepția celor menite exclusiv să calmeze dureri acute și să salveze viața asiguratului în limita a 1.000 EUR
- ✗ consum de droguri și alcool, sinuciderea și tentativa de sinucidere

Notă: Te rugăm să consulți lista completă a excluderilor din condițiile de asigurare generale și speciale.



Există restricții de acoperire?

! Se acoperă călătoriile în străinătate de maxim 90 de zile consecutive (cu excepțiile menționate în condițiile de asigurare).

! Asigurarea se poate încheia doar înainte de începerea călătoriei. În situația în care la momentul încheierii asigurării, asiguratul se află în afara României, polița de asigurare nu își va produce efectele.

! Acoperirea COVID se acordă în afara țărilor limitrofe și a țărilor Europei și în cazul în care scopul călătoriei este altul decât turistic într-o limită de 2.500 EUR.



Unde beneficiaz de asigurare?

- ✓ În funcție de destinația asiguratului: țările limitrofe, țările Europei, SUA, Canada, Israel sau oricare din restul țărilor lumii, cu excepția Iranului. Asigurarea nu este valabilă în România, iar în cazul în care asiguratul deține cetățenia altui stat, asigurare nu va fi valabilă nici în acel stat.



Ce obligații am?

- declarații corecte și complete în documentele aferente contractului de asigurare
- anunțarea oricărui caz de urgență compania de asistență: tel: **+40 21 400 80 00**, fax: **+40 21 201 90 40**, e-mail: assistance@coris.ro
- într-un caz de urgență ce necesită spitalizarea, informarea companiei de asistență în interval de maxim 48 de ore de la internare
- în caz de transport medical sau repatriere, furnizarea acordului cu privire la data și mijlocul de transport stabilite de compania de asistență împreună cu medicul curant
- externările și / sau transferurile de la o unitate medicală la alta se va realiza cu acordul și instrucțiunile companiei de asistență
- în cazul în care anumite cheltuieli se efectuează personal, furnizarea către asigurator a tuturor dovezilor necesare stabilirii despăgubirii
- împuternicirea medicului curant să prezinte companiei de asistență, toate datele medicale privind tratamentul efectuat
- furnizarea informațiilor și documentelor solicitate de asigurator sau de compania de asistență.



Când și cum plătesc?

Prima de asigurare se achită anticipat și integral la încheierea asigurării.

Prima de asigurare se poate plăti:

- direct la SIGNAL IDUNA Asigurări prin virament bancar, internet banking sau în numerar la sediul nostru
- la intermediarii produselor noastre prin virament bancar, internet banking în conturile acestora sau în numerar la sediile lor.



Când începe și când încetează acoperirea?

Acoperirea începe:

- la data precizată în polița de asigurare, dar numai din momentul trecerii frontierei României, cu condiția plății primei de asigurare
- după 4 ore de la momentul emiterii poliței, în cazul în care data de intrare în vigoare a poliței de asigurare corespunde cu data plecării în străinătate.

Acoperirea încetează:

- la ora 24 a datei înscrisă în polița de asigurare sau din momentul trecerii de către asigurat a frontierei de stat în România, la revenirea din călătorie, dacă acest moment este anterior datei înscrise în polița de asigurare.



Cum pot să rezilies contractul?

În cazurile în care asiguratul solicită anularea asigurării de asistență medicală în străinătate înainte de intrarea în vigoare a acesteia, ca urmare a neefectuării călătoriei în străinătate, asiguratorul va restitui integral prima de asigurare.

Dacă asigurarea a intrat în vigoare, prima de asigurare nu se mai restituie.

Asigurarea de asistență medicală în străinătate | Signal Travel

Clauza suplimentară | Cheltuieli medicale și de repatriere legate de Covid-19

SIGNAL IDUNA Asigurări, în calitate de **Asigurător**, în baza prezentei clauze suplimentare, *prin derogare de la excluderea f. din condițiile de asigurare "cheltuielile medicale generate de contractarea unei boli infecțioase corespunzătoare unei epidemii sau pandemii declarate în mod oficial de către autoritatea abilitată"*, acoperă cheltuielile medicale și de repatriere ca urmare a îmbolnăvirii cu COVID-19, prin contractarea virusului SARS-CoV-2.

Definiții

Cheltuieli medicale: menționate în condițiile de asigurare ca și cheltuieli de spitalizare, farmaceutice, de transport sanitar;

Cheltuieli de repatriere:

- cheltuielile de transport la un spital din România, dacă starea sănătății asiguratului permite transportul și există o decizie medicală în acest sens;
- cheltuielile de transport după terminarea tratamentului medical în străinătate, ca pasager obișnuit al unei linii regulate de transport;
- repatrierea corpului neînsuflăit;

În cazul în care asiguratul este diagnosticat pozitiv cu COVID-19, în timpul călătoriei în străinătate, și decide să se întoarcă în România cu autovehiculul cu care s-a deplasat în călătorie, nu se acoperă cheltuielile de deplasare (ex. combustibil, vignete etc).

Planurile teritoriale de călătorie:

- **plan A - Țările limitrofe României:** Bulgaria, Serbia, Ungaria, Ucraina și Republica Moldova;
- **plan B - Țările Europei;**
- **plan C - Statele Unite ale Americii, Canada, Israel;**
- **plan D - oricare din țările lumii** cu excepția țărilor limitrofe, țărilor Europei, Statele Unite ale Americii, Canada.

Obiectul asigurării

Asigurătorul va acoperi cheltuielile medicale și de repatriere efectuate în timpul călătoriei în străinătate a asiguratului, cheltuieli ocazionate de îmbolnăvirea cu COVID-19, prin contractarea virusului SARS-CoV-2, care sunt acoperite respectând prevederile din prezenta clauză de asigurare.

Limitele de despăgubire ca urmare a îmbolnăvirii cu COVID-19, prin contractarea virusului SARS-CoV-2, sunt stabilite diferențiat, după cum urmează:

- În cazul călătoriilor **în scop turistic**, în una din **țările limitrofe (plan A)** sau în una din **țările Europei (plan B)**, așa cum sunt definite anterior, se acordă acoperire conform sub-limitelor menționate în condițiile de asigurare.

- În cazul călătoriilor **în scop turistic**, în **Statele Unite ale Americii, Canada, Israel (plan C)**, precum și în oricare din țările lumii (așa cum sunt definite în planul D) se acordă acoperire în limita a **2.500 EUR**, combinat pentru ambele tipuri de cheltuieli (medicale și de repatriere).
- În cazul călătoriilor **în alte scopuri decât cel turistic** (în interes de afaceri, studii, participarea la diverse festivaluri / evenimente artistice, desfășurarea unei activități lucrative sau având calitatea de șofer profesionist etc.) se acordă acoperire în limita a **2.500 EUR** combinat pentru ambele tipuri de cheltuieli.

Excludere

Asigurătorul nu acordă despăgubiri pentru cheltuielile cu cazarea în urma carantinei impuse în scop preventiv de autoritățile locale sau din cauza diagnosticării cu COVID-19 pe durata unei călătorii în străinătate.

Obligațiile asiguratului

În cazul avizării unei daune, asiguratul este obligat să prezinte în mod obligatoriu dovada că a fost diagnosticat pozitiv cu COVID-19. Dovada este reprezentată de testul RT-PCR pozitiv, iar data prelevării probei în vederea efectuării testului RT-PCR se consideră data evenimentului asigurat.

Nu vor fi acordate despăgubiri în lipsa unui test RT-PCR pozitiv, care să ateste contractarea de către asigurat a virusului SARS-Cov 2. Testul RT-PCR neconcludent, care nu are rezultatul definitiv pozitiv, precum și orice tip de test, altul decât testul RT-PCR, nu vor fi luate în considerare la stabilirea producerii riscului asigurat.

Asiguratul va notifica în cel mai scurt timp compania de asistență despre îmbolnăvirea cu COVID-19, prin contractarea virusului SARS-CoV-2, iar aceasta va prelua notificarea și va acoperi cheltuielile aferente, conform prezentei clauze de asigurare.

Dispoziții finale

Prezentei clauze i se aplică toate prevederile din „Condiții generale privind asigurarea de asistență medicală în străinătate”, în măsura în care nu contravin celor de mai sus.

Prezenta clauză suplimentară poate fi atașată oricărui contract de asigurare de asistență medicală în străinătate, caz în care face parte integrantă din acesta. Dacă acoperirea prin asigurarea de bază încetează, încetează și acoperirea aferentă clauzei suplimentare. Rezilierea clauzei suplimentare nu afectează în nici un fel asigurarea de bază. Clauza suplimentară intră în vigoare la aceeași dată cu asigurarea de bază.

Condiții generale privind asigurarea de asistență medicală în străinătate | Signal Travel

SIGNAL IDUNA Asigurări S.A., în calitate de **Asigurător**, în baza:

- informațiilor furnizate de către asigurat
- ofertei de asigurare
- condițiilor generale de asigurare
- clauzelor suplimentare
- poliței de asigurare

precum și

- a tuturor documentelor conexe

acoperă, în schimbul plății primei de asigurare, cheltuielile medicale ocazionate de asistența medicală acordată persoanelor asigurate pe parcursul călătoriei în străinătate.

Limba care guvernează contractul de asigurare este limba română.

I. Definiții

Asigurător: S.C. SIGNAL IDUNA Asigurări S.A., societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară și înregistrată în Registrul Asiguratorilor cu nr. RA - 059, denumită în continuare **Asigurător**.

Asigurat: persoana fizică, nominalizată în polița de asigurare, care are un interes asigurabil și care are un contract de asigurare încheiat cu asigurătorul. Persoana fizică pentru care se încheie asigurarea medicală pentru călătorii în străinătate va avea domiciliul /reședința permanentă în România și iar scopul călătoriei poate fi: turistic, în interes de afaceri, studii, participarea la diverse festivaluri / evenimente artistice, desfășurarea unei activități lucrative sau având calitatea de șofer profesionist etc.

Contractant al asigurării: persoana care încheie contractul de asigurare pentru asigurarea unui risc privind o altă persoană și se obligă față de asigurător să plătească prima de asigurare. Atunci când asiguratul este aceeași persoană cu contractantul, noțiunea de asigurat preia și conținutul noțiunii de contractant.

Compania de asistență: compania împuternicită să reprezinte asigurătorul în afara granițelor României organizând în numele acestuia întreaga asistență de care are nevoie asiguratul, în cazul producerii unui risc asigurat.

Accident: eveniment subit, provenit din afară și fără voința asiguratului, de natură mecanică, chimică sau fizică, cu urmări imediate asupra potențialului fizic, psihosenzorial sau intelectual.

Caz de urgență: îmbolnăvire sau vătămare corporală gravă, care ar putea periclita viața asiguratului.

Îmbolnăvire: boală infecțioasă /tulburare organică subită și neprevăzută, contractată după începerea perioadei de asigurare, care poate să determine o cerere de asistență medicală din partea asiguratului sau a reprezentanților săi.

Vătămare corporală: rănire cauzată în mod direct de evenimente externe, neprevăzute, violente și vizibile (excluzând îmbolnăvirile), care survine după începerea perioadei de asigurare și care poate să determine o cerere de asistență medicală din partea asiguratului sau reprezentanților săi.

Afecțiune preexistentă: orice boală, vătămare, accident sau altă condiție medicală a asiguratului diagnosticată ca atare de către un medic, prezentă înaintea începerii călătoriei și cunoscută de asigurat, cu excepția afecțiunilor acute ce au fost vindecate în totalitate.

Boală cronică: afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând îngrijiri medicale de specialitate, cum ar fi, dar fără a se limita la: diabet zaharat, hepatită cronică, pancreatită cronică, poliartrită reumatoidă, insuficiență cardiacă. În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punctul de vedere al evoluției clinice.

Puseu acut al unei afecțiuni preexistente sau boli cronice: agravarea bruscă a simptomatologiei unei afecțiuni preexistente / boli cronice sau apariția unor semne/simptome severe noi, care impun intervenția medicală în scopul prevenirii decesului/leziunilor organice/afectării ireversibile a funcției unor organe sau sisteme ale organismului.

Activitate lucrativă: orice acțiune ocupațională desfășurată legal de către asigurat pe perioada călătoriei în străinătate pentru care este remunerat în baza unui contract de muncă și care nu este considerată riscantă conform excluderilor din prezentele condiții de asigurare. Asiguratul trebuie să respecte perioada de ședere în străinătate în conformitate cu reglementările legale în vigoare și/sau cu prevederile contractului de muncă.

Călătorie în interes de afaceri: deplasarea asiguratului în interes de serviciu în străinătate pentru participarea la conferințe, seminarii, întâlniri de afaceri, negocieri, expoziții sau desfășurarea unei activități de birou, fiind exclusă prestarea efectivă de muncă fizică.

Călătorie de studiu: deplasarea asiguratului în străinătate pentru realizarea unor studii de masterat, doctorat, studii de aprofundare, cercetare științifică, obținerea unei specializări teoretice, schimb de experiență în cadrul unor instituții de învățământ și alte activități similare.

Sport de agrement: activitate sportivă practică ocazional de către asigurat pe perioada călătoriei în străinătate în scop recreativ, folosind echipamente/dotări corespunzătoare. Se includ în această categorie următoarele activități: călărie, carting, ciclism montan, ascensiuni montane (până la 3.000 m), patinaj, schi, snowboard, ski-bobbing, schi nautic, surfing, wind-surfing, paragliding, parascending, salturi cu coarda, parașutism, parapantism, navigație, iahting, rafting, canoe, caiac, scubadiving, carting. Enumerarea anterioară nu este limitativă.

Echipă medicală: structură medicală potrivită fiecărei cereri de asistență medicală, stabilită de medicul curant și de reprezentantul companiei de asistență.

Risc asigurat: orice accident sau îmbolnăvire, imprevizibile, survenite exclusiv în perioada de asigurare.

Medic curant: orice persoană care deține o diplomă valabilă în medicină, autorizată să practice medicina în țară în care călătorește asiguratul, exceptând asiguratul însăși, soțul (soția), rudele acestuia sau persoanele care însoțesc asiguratul pe perioada călătoriei.

Rudă: tatăl, mama, fratele, sora, soțul /soția, fiul sau fiica asiguratului.

Pretenție: cerere adresată asigurătorului pentru plata despăgubirii datorate conform prevederilor prezentei polițe de asigurare.

Franșiză: parte a cheltuielilor care urmează a fi suportată de asigurat.

Teritorialitate: polița de asigurare este valabilă în orice țară, cu excepția Iran. Asigurarea nu este valabilă în România și nici pe teritoriul statului a cărei cetățenie o posedă asiguratul (cazurile de dublă cetățenie).

Țări limitrofe: Bulgaria, Serbia, Ungaria, Ucraina și Republica Moldova.

Țările Europei: Albania, Andora, Armenia, Austria, Azerbaidjan, Belarus, Belgia, Bosnia și Herțegovina, Cehia, Cipru, Croația, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Georgia, Islanda, Irlanda, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburg, Macedonia, Malta, Marea Britanie, Monaco, Muntenegru, Olanda, Norvegia, Polonia, Portugalia, San Marino, Slovacia, Slovenia, Spania, Suedia, Elveția, Turcia, Vatican.

Perioada de asigurare: intervalul de timp în care acoperă riscurile asigurate. Asiguratul beneficiază de asistență numai pentru evenimente asigurate care au survenit în această perioadă și numai pentru călătorii în străinătate de maxim 90 de zile consecutive.

Fac excepție cazurile în care asiguratul se deplasează în străinătate cu scopul de a participa la conferințe, seminarii, școli și cursuri de vară, specializări etc. sau desfășoară activități lucrative, poate prezenta documente justificative legale și nu are încheiat un contract de asigurare facultativă privind acordarea de servicii medicale în țara de destinație.

Contract de asigurare: polița de asigurare împreună cu prezentele condiții generale de asigurare și orice alte documente conexe.

Polița de asigurare: documentul emis prin intermediul aplicației informatice a asigurătorului și acceptat de către asigurat/contractant, prin plata primei de asigurare cuprinzând datele de identificare ale acestora, obiectul asigurării, sumele asigurate, prima de asigurare, termenul de plată a primei de asigurare, franșize, alte elemente specifice și care certifică încheierea contractului de asigurare. Valabilitatea poliței de asigurare este condiționată de plata primei de asigurare.

Suma asigurată: suma maximă, menționată în polița de asigurare, în limita căreia asigurătorul plătește indemnizația de asigurare la producerea riscului asigurat.

Prima de asigurare: suma plătită de asigurat sau de contractantul asigurării în schimbul asumării riscurilor asigurate de către asigurător.

II. Obiectul asigurării

1. Asigurătorul acoperă cheltuielile medicale ocazionate de asistența medicală acordată în străinătate persoanelor asigurate în caz de:

- îmbolnăvire subită și imprevizibilă care pune în pericol sănătatea sau viața asiguratului;
- prejudicierea stării sănătății ca urmare a unui accident;
- deces ca urmare a îmbolnăvirii subite și imprevizibile sau a unui accident.

2. Pentru preluarea în asigurare a unor riscuri referitoare la activitățile lucrative pe care asiguratul le desfășoară în străinătate sau dacă asiguratul va practica activități sportive de agrement, cu titlu de amator asigurătorului va solicita o primă de asigurare suplimentară.

III. Riscuri asigurate

Asigurătorul furnizează următoarele servicii de asistență:

- Informații legate de asistența medicală acordată în caz de urgență**

- Compania de asistență va pune la dispoziția asiguratului toate informațiile necesare legate de asistența medicală necesară;
- Compania de asistență va acorda sfaturile necesare referitoare la modul imediat de acțiune, fără a da însă nici un diagnostic medical;
- Compania de asistență va contacta și trimite un medic sau o echipă medicală la adresa asiguratului, la cererea expresă a acestuia; în acest caz, plata cheltuielilor aferente va fi efectuată de către asigurat, urmând a fi recuperate de la asigurătorului la întoarcerea în țară.

- Transportul asiguratului la un spital și repatrierea (conform dispozițiilor de natură medicală)**

În caz de urgență, compania de asistență va organiza pentru asigurat și va acoperi cheltuielile aferente pentru:

- transport și internare în cel mai apropiat spital (centru medical) specializat;

- b. transfer (prin orice mijloace) la un spital (centru medical) mai potrivit bolii sau vătămării pe care a suferit-o;
- c. repatriere (prin orice mijloace) la un spital apropiat domiciliului său din România, dacă starea sănătății sale permite aceasta;
- d. după terminarea tratamentului medical în străinătate, repatrierea în România ca pasager obișnuit al unei linii regulate de transport, dacă starea sănătății sale permite aceasta.

• **Însoțirea asiguratului către România**

În cazul repatrierii asiguratului (în condițiile de la punctul de mai sus, literele c, d) și dacă, conform dispozițiilor de natură medicală, este necesară prezența unui însoțitor, costurile suplimentare legate de această acțiune vor fi suportate de asigurător.

• **Acoperirea (plata) cheltuielilor medicale**

Într-o situație de urgență, generată de o îmbolnăvire sau vătămare gravă a asiguratului, asigurătorul va plăti cheltuielile medicale, farmaceutice și de spitalizare (făcute urmare a prescripțiilor medicale), până la limita stipulată în capitolul VIII, suma asigurată.

• **Vizitarea asiguratului la spital de o rudă**

Dacă perioada de spitalizare a asiguratului depășește 15 zile și dacă, conform indicațiilor medicale, este necesară vizita unei rude, asigurătorul va rambursa acesteia cheltuielile pentru:

- un bilet dus-întors (clasa „economy”);
- costurile de cazare la hotel, în limita echivalentului a 30 euro /zi, timp de maxim 5 zile.

• **Repatrierea corpului neînsuflăit**

În eventualitatea decesului asiguratului, compania de asistență va organiza repatrierea corpului neînsuflăit și va acoperi (plăti) cheltuielile datorate tratamentului post-mortem, sicriului cerut de normele internaționale de transport și transportului până la locul de înmormântare din România.

Informații în cazul unei situații de altă natură decât medicală

Într-o situație de altă natură decât medicală, cum ar fi: pierderea sau furtul documentelor de identitate sau călătorie, a bagajelor sau a banilor, compania de asistență va furniza asiguratului toate informațiile necesare pentru contactarea și abordarea autorităților în drept.

IV. Excluderi

1. Asigurătorul nu va fi obligat sub nici o formă să acopere cererile de despăgubire (să plătească cheltuielile) care survin ca urmare sau sunt legate de:

- a. un eveniment asigurabil care s-a petrecut anterior începutului perioadei asigurate;
- b. un eveniment asigurabil produs în perioada de asigurare, în situația în care asiguratul nu se afla în România la data emiterii poliței de asigurare;

- c. un eveniment asigurabil produs în prima zi de asigurare, în situația în care asiguratul nu poate face dovada că se afla în România la ora emiterii poliței de asigurare;
- d. război (declarat sau nu), război civil, invazie, insurecție, activități militare, rebeliune, revoluție, răscoală, tulburări civile, ostilități, greve, invazii, lege marțială, interdicții sau restricții oficiale, sabotaje;
- e. orice act de terorism, inclusiv pierderea, paguba sau cheltuieli de orice natură cauzate direct sau indirect de, rezultând din sau în legătură cu orice acțiune întreprinsă pentru controlul, prevenirea, reprimarea sau legate în orice fel de un act terorist. În cazul în care o anumită parte din această excludere este considerată nevalabilă sau inaplicabilă, restul excluderii rămâne în vigoare și va produce efecte. Un act de terorism înseamnă, inclusiv, dar fără a se limita la, un act de folosirea forței sau a violenței și / sau amenințarea cu forța sau violența, a oricărei persoane sau grupuri de persoane, indiferent dacă persoana acționează singură sau în numele sau în legătură cu orice organizație sau guvern, săvârșite în scopuri politice, religioase, ideologice sau similare, inclusiv intenția de a influența orice guvern și / sau de a provoca frică publicului sau a anumitor părți din public;
- f. cheltuielile medicale generate de contractarea unei boli infecțioase corespunzătoare unei epidemii sau pandemii declarate în mod oficial de către autoritatea abilitată;
- g. acțiunea directă a radiației ionizante sau contaminarea radioactivă;
- h. boală psihică sau alienare mintală;
- i. graviditate, naștere, contracepție, sterilizare sau întrerupere de sarcină și consecințele acestora, investigații pentru fertilitate, precum și orice alte cheltuieli medicale legate de naștere, tratamente sau controale medicale specifice stării de graviditate; exceptând complicația evidentă și neprevăzută survenită înainte de a 28 – a săptămână de sarcină, iar femeia gravidă să aibă sub 40 de ani;
- j. consum de droguri și alcool, automedicația, automutilarea voluntară, autorânirea, sinuciderea și tentativa de sinucidere, alte fapte intenționate (indiferent dacă asiguratul era sau nu în deplinătatea facultăților mintale);
- k. costurile suplimentare ale unei camere single sau a unei rezerve într-un spital, cu excepția cazului când medicul curant consideră aceasta ca o necesitate;
- l. participarea asiguratului la orice acțiune condamnată de lege, competiții auto, raliuri, curse și antrenamente pentru acestea, demonstrații, acte temerare ale asiguratului, activități periculoase ca: acrobații, scufundări, escalade, activități speologice, manipularea focului de artificii sau a materialelor explozive, orice formă de zbor, cu excepția cazului când zboară ca pasager cu bilet plătit la o companie autorizată;
- m. participarea asiguratului la competiții sportive profesionale sau semiprofesionale și la antrenamentele oficiale pentru altfel de evenimente;

- n. practicarea unor activități lucrative riscante în: industria alimentară (măcelărie), industria metalurgică, industria substanțelor / materialelor explozive, exploatare miniere (în subteran), cariere, alpinism utilitar, platforme de petrol și gaze, activități desfășurate în porturi / șantiere navale, marinari pe rute internaționale, scafandri, cascadori, aviație (aviație utilitară, piloți de testare, piloți pentru platformele petroliere);
 - o. călătorii în scop terapeutic;
 - p. activitatea forțelor armate, forțelor speciale ale poliției ca angajat permanent;
 - q. asistența acordată ulterior repatrierii.
2. De asemenea asigurătorul nu va acorda despăgubiri nici pentru:
- a. medicație sau tratament care la momentul plecării se cunoștea că va fi solicitat sau continuat și în afara României; consumul de medicamente fără prescripție medicală;
 - b. orice afecțiune preexistentă și / sau boală cronică, cu excepția cheltuielilor medicale ca urmare a puseului acut al unei afecțiuni preexistente și/sau boli cronice în limita de sumă asigurată stabilită conform prezentelor condiții de asigurare;
 - c. infecții de tip HIV, SIDA, sau în relație cu acestea, sau orice altă boală transmisă pe cale sexuală;
 - d. intervenție chirurgicală sau tratament medical care poate fi amânat până la întoarcerea asiguratului în România, vaccinuri și vaccinări, acte de medicină preventivă, fizioterapie, cure de orice fel;
 - e. tratament stomatologic și /sau oftalmologic, exceptând cazul în care acesta se efectuează ca urmare a unei urgențe medicale survenite în perioada de asigurare – acestea constând în ameliorarea durerii;
 - f. tratamente estetice, dietetice, homeopate, de acupunctura, precum și cele nerecunoscute de asigurările sociale;
 - g. operații de chirurgie plastică, altele decât cele cerute de o rănire și care sunt considerate ca făcând parte din tratamentul medical;
 - h. orice fel de proteze medicale, implanturi, coroane stomatologice, ochelari (lentile de contact etc.), scaune cu roțile etc.;
 - i. tratamente pentru cancer, cu excepția celor menite exclusiv să calmeze dureri acute și să salveze viața asiguratului (în limita a 1.000 EUR);
 - j. tratamentul medical care este acordat de personalul medical care este rudă cu asiguratul;
 - k. orice alte cheltuieli care nu fac obiectul prezentei polițe.

V. Limite teritoriale

1. Prezența asigurare este valabilă în afara României, cu excepția Iran, în funcție de opțiunea asiguratului / contractantului pentru unul din planurile de asigurare. În cazul în care asiguratul deține cetățenia altui stat, prezența asigurare nu va fi valabilă nici în acel stat.

VI. Încheierea asigurării

1. Perioada de asigurare este menționată în poliță, această perioadă nu va putea fi mai mică de 2 zile și nu va depăși 365 de zile (sau 366 de zile în anii bisecți).
2. Asigurarea se poate încheia doar înainte de începerea călătoriei. În situația în care la momentul încheierii asigurării, asiguratul se află în afara României, prezenta poliță de asigurare nu își va produce efectele.
3. Răspunderea asigurătorului începe la data precizată în polița de asigurare, dar numai din momentul trecerii frontierei României, cu condiția plății primei de asigurare, și încetează la ora 24 a datei înscrisă în polița de asigurare sau din momentul trecerii de către asigurat a frontierei de stat în România, la revenirea din călătorie, dacă acest moment este anterior datei înscrise în contractul de asigurare ca dată de încetare a răspunderii.
4. Asigurătorul nu are nici o obligație de plată în cazul producerii evenimentului asigurat înainte de intrarea în vigoare a asigurării.
5. În cazul în care data de intrare în vigoare a poliței de asigurare corespunde cu data plecării în străinătate, polița de asigurare va intra în vigoare după 4 ore de la momentul emiterii acesteia.

Dacă evenimentul asigurat s-a produs în ziua întâi de asigurare, asiguratul va face dovada că se afla în România la ora emiterii poliței de asigurare.

6. Asigurătorul acordă despăgubiri numai pentru evenimentul asigurat apărut în afara teritoriului României și pe durata de valabilitate a contractului de asigurare.

Totuși, dacă un accident sau o îmbolnăvire care au survenit în perioada de valabilitate a contractului, necesită tratament curativ și după expirarea perioadei de valabilitate, obligația asigurătorului de a plăti despăgubiri în baza contractului de asigurare se poate extinde cu cel mult 14 zile calendaristice, în măsura în care asiguratul aduce dovezi că repatrierea nu a fost posibilă.

7. În funcție de țările tranzitate sau de destinație declarate de asigurat, asigurarea se va încheia în felul următor:

- **plan A (A1 și A2)** dacă asiguratul în cursul călătoriei va avea ca punct de destinație una din țările limitrofe României: Bulgaria, Serbia, Ungaria, Ucraina și Republica Moldova;
- **plan B (B1, B2, B3)** dacă asiguratul în cursul călătoriei va avea ca punct de destinație sau va tranzita una din țările Europei, și va tranzita una din țările menționate în planul A;
- **plan C** dacă asiguratul va avea ca punct de destinație Statele Unite ale Americii, Canada, Israel sau va tranzita oricare din țările lumii;
- **plan D** dacă asiguratul va avea ca punct de destinație oricare din țările lumii cu excepția țărilor menționate la planul A1, A2, B1, B2, B3, C sau va tranzita oricare din țările lumii.

VII. Prima de asigurare

1. Prima de asigurare se achită anticipat și integral la încheierea asigurării, în numerar sau cu ordin de plată.

2. În cazurile în care asiguratul returnează asigurarea de asistență medicală în străinătate înainte de intrarea în vigoare a acesteia, ca urmare a neefectuării călătoriei în străinătate, asigurătorul va restitui integral prima de asigurare. Dacă asigurarea a intrat în vigoare, prima de asigurare nu se mai restituie.

VIII. Suma asigurată

1. Răspunderea maximă a asigurătorului, în baza prezentului contract de asigurare, este:

Plan A1 – 5.000 EUR, cu următoarele sub-limite:

- cheltuieli de repatriere maxim **1.000 EUR**;
- cheltuieli chirurgicale și de spitalizare maxim **2.500 EUR**;
- cheltuielile farmaceutice, de transport sanitar și alte cheltuieli medicale sau de asistență de maxim **1.500 EUR**;
- tratament dentar de urgență: 50 EUR / dinte, dar nu mai mult de 3 dinți.

Cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unui puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice se acoperă în limita a **500 EUR**.

Plan A2 – 10.000 EUR, cu următoarele sub-limite:

- cheltuieli de repatriere maxim **2.500 EUR**;
- cheltuieli chirurgicale și de spitalizare maxim **4.000 EUR**;
- cheltuielile farmaceutice, de transport sanitar și alte cheltuieli medicale sau de asistență de maxim **3.500 EUR**;
- tratament dentar de urgență: 50 EUR / dinte, dar nu mai mult de 3 dinți.

Cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unui puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice se acoperă în limita a **500 EUR**.

Plan B1 – 10.000 EUR, cu următoarele sub-limite:

- cheltuieli de repatriere maxim **2.500 EUR**;
- cheltuieli chirurgicale și de spitalizare maxim **4.000 EUR**;
- cheltuielile farmaceutice, de transport sanitar și alte cheltuieli medicale sau de asistență de maxim **3.500 EUR**;
- tratament dentar de urgență: 100 EUR / dinte, dar nu mai mult de 3 dinți.

Cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unui puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice se acoperă în limita a **500 EUR**.

Plan B2 – 30.000 EUR, cu următoarele sub-limite:

- cheltuieli de repatriere maxim **7.000 EUR**;
- cheltuieli chirurgicale și de spitalizare maxim **13.000 EUR**;
- cheltuielile farmaceutice, de transport sanitar și alte cheltuieli medicale sau de asistență de maxim **10.000 EUR**;
- tratament dentar de urgență: 100 EUR / dinte, dar nu mai mult de 3 dinți.

Cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unui puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice se acoperă în limita a **500 EUR**.

Plan B3 – 50.000 EUR, cu următoarele sub-limite:

- cheltuieli de repatriere maxim **12.000 EUR**;
- cheltuieli chirurgicale și de spitalizare maxim **20.000 EUR**;

- cheltuielile farmaceutice, de transport sanitar și alte cheltuieli medicale sau de asistență de maxim **17.000 EUR**;
- tratament dentar de urgență: 100 EUR / dinte, dar nu mai mult de 3 dinți.

Cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unui puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice se acoperă în limita a **500 EUR**.

Plan C – 30.000 Euro, cu următoarele sub-limite:

- cheltuieli de repatriere maxim **7.000 EUR**;
- cheltuieli chirurgicale și de spitalizare maxim **13.000 EUR**;
- cheltuielile farmaceutice, de transport sanitar și alte cheltuieli medicale sau de asistență de maxim **10.000 EUR**;
- tratament dentar de urgență: 100 EUR / dinte, dar nu mai mult de 3 dinți.

Cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unui puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice se acoperă în limita a **500 EUR**.

Plan D – 30.000 EUR, cu următoarele sub-limite:

- cheltuieli de repatriere maxim **7.000 EUR**;
- cheltuieli chirurgicale și de spitalizare maxim **13.000 EUR**;
- cheltuielile farmaceutice, de transport sanitar și alte cheltuieli medicale sau de asistență de maxim **10.000 EUR**;
- tratament dentar de urgență: 100 EUR / dinte, dar nu mai mult de 3 dinți.

Cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unui puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice se acoperă în limita a **500 EUR**.

În cazul în care scopul călătoriei este interes de afaceri sau asiguratul are calitatea de șofer profesionist, răspunderea maximă a asigurătorului, este **30.000 EUR**, cu următoarele sub-limite:

- cheltuieli de repatriere maxim **7.000 EUR**;
- cheltuieli chirurgicale și de spitalizare maxim **13.000 EUR**;
- cheltuielile farmaceutice, de transport sanitar și alte cheltuieli medicale sau de asistență de maxim **10.000 EUR**;
- tratament dentar de urgență: 100 EUR / dinte, dar nu mai mult de 3 dinți.

Cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unui puseu acut al unei afecțiuni preexistente/ boli cronice se acoperă în limita a **500 EUR**.

IX. Obligațiile asiguratului. Obligațiile asigurătorului

1. Asiguratul este obligat:

- a. să pună la dispoziția asigurătorului, la momentul încheierii poliței de asigurare, toate informațiile privitoare la datele personale, starea de sănătate și antecedentele medicale;
- b. să anunțe orice caz la numărul de telefon de urgență menționat în polița de asigurare, aparținând companiei de asistență.

Dacă asiguratul este în imposibilitatea să anunțe compania de asistență înainte de contactarea medicului, va îndeplini această obligație personal, de îndată ce va fi posibil, sau prin intermediul medicului curant;

- c. să permită accesul liber al echipei medicale sau al reprezentanților companiei de asistență pentru evaluarea stării asiguratului din punct de vedere medical;
- d. într-un caz de urgență necesitând spitalizarea, să informeze compania de asistență despre aceasta în interval de maxim 48 de ore de la internare;
- e. în caz de transport medical sau repatriere, să fie de acord cu data și mijlocul de transport stabilite de compania de asistență împreună cu medicul curant. Transportul medical prin serviciul aerian de ambulanță va fi limitat numai la transportul continental;
- f. să nu efectueze externări și / sau transferări de la o unitate medicală la alta fără acordul și instrucțiunile companiei de asistență;
- g. în cazul în care anumite cheltuieli se efectuează personal, să furnizeze asiguratorului toate dovezile necesare stabilirii despăgubirii;
- h. să imputernicească medicul curant să prezinte companiei de asistență, toate datele medicale privind tratamentul efectuat;
- i. să furnizeze toate informațiile și probele solicitate de asigurator și să permită acestuia să facă investigații referitoare la caz;
- j. în cazul unei cereri de despăgubire, ca urmare a unui eveniment provocat de un terț, să furnizeze asiguratorului (la cererea expresă a acestuia) toate informațiile, datele și documentele necesare care să-i permită recuperarea cheltuielilor de la cei răspunzători.

2. Asiguratul este de acord ca medicul său de familie să furnizeze, la cererea asiguratorului, fișa medicală personală pentru a analiza dacă antecedentele sale medicale au o influență asupra cazului pentru care s-a solicitat despăgubirea.

3. În cazul nerespectării obligațiilor prevăzute mai sus, asiguratorului poate să refuze plata indemnizației, dacă din aceste motive nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei.

4. Asiguratorul este obligat:

- a. să pună la dispoziția asiguratului sau contractantului asigurării informații complete și corecte în legătură cu contractul de asigurare, atât înaintea încheierii, cât și pe durata derulării acestuia.
- b. să elibereze, la cerere, un duplicat al poliței de asigurare, în cazul în care originalul a fost pierdut sau distrus.
- c. să păstreze confidențialitatea informației despre asigurat, de care a luat cunoștință în procesul asigurării.

X. Constatarea, evaluarea evenimentelor și plata despăgubirilor

1. Despăgubirea se stabilește pe baza cheltuielilor ocazionate de spitalizarea asiguratului, tratamentul ambulatoriu, cheltuieli cu medicamentele, transportul asiguratului bolnav sau de repatriere a asiguratului bolnav sau a corpului neînsuflit al acestuia.

2. Costurile privitoare la tratamentele medicale (mai puțin tratamentul ambulatoriu și medicamentele) se suportă nemijlocit de compania de asistență, în numele și în contul asiguratorului.

3. Asiguratorul va acoperi numai cererile de despăgubire urmare a unor riscuri asigurate care au survenit în perioada de asigurare menționată în polița de asigurare.

4. Asiguratul are dreptul să adreseze o cerere de despăgubire într-o perioadă de maxim 30 de zile de la data survenirii evenimentului.

5. Stabilirea despăgubirii în cazul în care se solicită rambursarea cheltuielilor medicale efectuate de asigurat:

- a. În cazul în care asiguratul nu a înștiințat compania de asistență și a efectuat el însuși cheltuielile medicale, este obligat să justifice asiguratorului motivele nerespectării acestor obligații. Asiguratorul este în drept să analizeze temeinicia justificărilor prezentate de asigurat și să stabilească dreptul la despăgubire.
- b. Cererile pentru rambursarea cheltuielilor se vor transmite asiguratorului în termen de maxim 30 de zile de la terminarea tratamentului, respectiv efectuarea transportului bolnavului în România. Dacă asiguratul nu revine în țară în acest termen el are obligația să ia legătura cu asiguratorul și să-l informeze cu privire la producerea riscului asigurat și la cuantumul estimativ al cheltuielilor medicale efectuate.
- c. Dovezile prezentate de asigurat / beneficiar trebuie să îndeplinească cel puțin următoarele cerințe:
 - actele medicale și documentele de justificare a plăților efectuate trebuie prezentate în forma originală iar din conținutul lor să rezulte: unitatea medicală și perioada de acordare a asistenței medicale, numele asiguratului, diagnosticul, tratamentul efectuat, medicamentele prescrise precum și dovada plății acestora (chitanțe, facturi, alte documente de plată);
 - în cazul unui tratament stomatologic, se vor prezenta adeverințele medicale din care să rezulte dintele tratat și tratamentul aplicat;
 - cererile privind rambursarea cheltuielilor de transport ale bolnavului și, după caz, ale însoțitorului vor fi susținute cu documentele referitoare la cheltuielile de transport efectuate;
 - cererile privind rambursarea cheltuielilor de transport al corpului neînsuflit al asiguratului vor fi susținute cu certificatul de deces cu indicarea cauzei decesului, precum și documentele privind costul transportului efectuat;
 - actele prezentate de asigurat redactate într-o limbă străină vor fi traduse în limba română, la cererea și pe cheltuiela asiguratorului.

6. În sensul prezentelor condiții de asigurare actele medicale eliberate de rude ale asiguratului nu constituie dovezi pe baza cărora să se stabilească drepturi de despăgubire.

7. În cazul în care despăgubirile se achită direct asiguratului, cheltuielile medicale ce urmează a fi rambursate se plătesc în lei (RON), calculându-se prin transformarea în lei a cheltuielilor efectuate în valută, la cursul interbancar al zilei în care asiguratul a efectuat respectivele cheltuieli. Despăgubirile se acordă în termen de 15 zile lucrătoare de la data când asiguratul a depus la asigurator toate documentele solicitate.

XI. Dispoziții finale

1. În orice împrejurare asiguratul trebuie să facă dovada producerii riscului asigurat. Sarcina probei revine asiguratului.

2. În limita despăgubirilor plătite, asigurătorul este subrogat asiguratului în toate drepturile sale legale împotriva oricărei persoane vinovate de producerea evenimentului care a cauzat cererea de despăgubire.

3. Prezenta asigurare dă dreptul la despăgubire numai pentru cheltuielile care nu sunt acoperite prin efectul altor asigurări, și numai dacă despăgubirea nu este contrară unor reglementări legale în vigoare la data producerii evenimentului asigurat.

Această prevedere nu se aplică în situația în care asigurătorul persoanei răspunzătoare de producerea unui eveniment nu își onorează obligațiile asumate. În acest caz asiguratul va ceda asigurătorului dreptul de regres împotriva celui răspunzător.

4. Dreptul asiguraților la despăgubiri se stinge la împlinirea termenului de prescripție. În reglementarea actuală termenul legal de prescripție este de 2 ani.

5. SIGNAL IDUNA Asigurări prelucrează datele cu caracter personal furnizate de asigurat, contractant sau beneficiar al asigurării în scopul executării contractului de asigurare, al îndeplinirii obligațiilor sale legale și al realizării intereselor sale legitime.

Conform Regulamentului General de Protecția Datelor al Uniunii Europene - Regulamentul UE 2016/679 -, SIGNAL IDUNA Asigurări depune toate eforturile pentru a asigura respectarea drepturilor persoanelor fizice cu privire la datele cu caracter personal prelucrate. În acest sens, asiguratul, contractantul sau beneficiarul asigurării dețin următoarele drepturi: dreptul de a avea acces la datele personale; dreptul de a solicita rectificarea datelor cu caracter personal inexacte sau care nu mai sunt de actualitate; dreptul de a retrage consimțământul cu privire la prelucrare, în orice moment doar pentru situația în care prelucrarea datelor ce are la bază consimțământul persoanei; dreptul de restricționare a prelucrării; dreptul de a se opune la prelucrarea datelor cu caracter, în conformitate cu reglementările în vigoare; dreptul de a înainta o plângere la autoritatea de supraveghere competentă (în România aceasta este disponibilă la www.dataprotection.ro); dreptul de a fi uitat, în sensul adresării unei solicitări către SIGNAL IDUNA pentru ștergerea evidențelor datelor personale; dreptul la portabilitatea datelor, în sensul transferului datelor personale către un alt operator de date personale desemnat; dreptul de a fi notificat în caz de încălcări privind securitatea datelor, de către operator.

Cu respectarea prevederilor legale aplicabile, datele cu caracter personal pot fi transferate către următoarele categorii de destinatari: intermediari, bănci, reasigurători, alte companii din cadrul Grupului SIGNAL IDUNA, furnizori care asigură servicii operaționale pentru SIGNAL IDUNA, precum servicii de constatare și /sau regularizare a daunelor, asistență specifică produselor de asigurare, asistență juridică și recuperare creanțe, curierat, telecomunicații, IT, plăți, arhivare, servicii de investigații, autorități relevante de reglementare conform legii.

9. Orice dispute, neînțelegeri, controverse cu privire la polița de asigurare sau între asigurător, intermediar și asigurat vor fi soluționate pe cale amiabilă. În cazul în care nu se ajunge la un acord, litigiul va fi supus spre soluționare instanțelor judecătorești române competente. Orice petiții adresate **SIGNAL IDUNA Asigurări** de către asigurat în legătură cu executarea contractului de asigurare vor trebui formulate în scris, sub semnătura autorului, cu indicarea obiectului reclamației, a motivelor acesteia, a eventualelor mijloace de probă, a domiciliului și a datelor de identificare ale autorului (CNP, număr și serie act de identitate, numerele tuturor polițelor de asigurare la care se referă reclamația) și vor fi depuse /transmise:

- prin e-mail la adresa petitiamea@signal-iduna.ro
- pe site-ul asigurătorului www.signal-iduna.ro **Secțiunea Asigurări Generale** la rubrica **Petiții și Sugestii**, cu condiția completării tuturor câmpurilor obligatorii din cadrul formularului
- personal de către asigurat sau o persoană împuternicită la Registratura **SIGNAL IDUNA Asigurări**
- prin fax la numărul +40 31 224 86 88
- prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire la sediul **SIGNAL IDUNA Asigurări**: București, sector 1, șos. București - Ploiești, nr. 1A, clădirea A, etaj 4, unitatea 4A.

SIGNAL IDUNA Asigurări prin **Comitetul de analiză și soluționare a petițiilor**, va analiza petiția, dacă consideră necesar va putea invita autorul la sediul său pentru susținerea petiției sau va putea solicita acestuia prezentarea de explicații și / sau documente și îi va comunica răspunsul său în termen de 30 (treizeci) de zile de la înregistrarea petiției, prin email/fax/scrisoare recomandată cu confirmare de primire.

Procedura amiabilă nu constituie o restrângere a dreptului petentului de a se adresa autorității de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor (Autoritatea de Supraveghere Financiară), autorităților competente în domeniul protecției consumatorului și/sau instanțelor judecătorești competente din România.

Totodată, persoanele asigurate au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, potrivit dispozițiilor O.G. nr. 38/2015 și a Regulamentului nr. 4/2016 emis de Autoritatea de Supraveghere Financiară, precum și la condițiile de accesare a procedurilor de soluționare a litigiilor, cu condiția să facă dovada că, în prealabil, au încercat să soluționeze litigiul direct.

Soluționarea alternativă a litigiilor se efectuează de Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor (SAL-FIN) în domeniul financiar nebanca, ce funcționează exclusiv în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară (A.S.F.). Pentru soluționarea alternativă a litigiilor Asigurații trebuie să-și exprime această opțiune în mod voluntar și să se adreseze SAL-FIN în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

6. În conformitate cu prevederile Legii Codului fiscal din România, cu modificările și completările ulterioare, cheltuielile cu primele de asigurare din categoria asigurărilor generale încheiate de către persoanele fizice nu sunt deductibile fiscal, iar sumele încasate din asigurări reprezentând despăgubiri nu constituie venituri impozabile.

Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a modificării, abrogării unor reglementări chiar de nivel inferior care să le circumstanțieze aplicabilitatea.

7. Prezentele condiții de asigurare se completează cu prevederile Legii nr. 237/2015 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, prevederile legii nr. 71/2011 pentru punerea în aplicare a legii 287/2009 privind Codul Civil din România cu modificările și completările ulterioare, precum și întreaga legislație aplicabilă în România.

8. În conformitate cu legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare a asiguraților, SIGNAL IDUNA Asigurări comunică asiguraților existența Fondului de Garantare, fond destinat protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, în cazul în care o societate de asigurare este declarată în stare de insolvabilitate și nu mai este în măsură să își îndeplinească angajamentele asumate prin contractele de asigurare încheiate. Fondul se constituie prin contribuția tuturor societăților de asigurare și este administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

Asigurarea de asistență medicală în străinătate | Signal Travel

Clauza suplimentară | Pierderea, distrugerea, întârzierea bagajelor (> 12 ore)

SIGNAL IDUNA Asigurări, în calitate de **Asigurător**, în baza prezentei clauze suplimentare și în schimbul plății primei de asigurare suplimentare stabilite, acoperă bagajele și efectele personale ale persoanelor, pentru care se încheie asigurarea de asistență medicală în străinătate (turști, oameni de afaceri, persoane plecate la studii, artiști care fac parte din ansamblurile artistice vocale și instrumentale).

Definiții

Bagaje: articole, efecte și alte obiecte personale ale asiguratului, destinate purtării, utilizării, confortului sau comodității acestuia, inclusiv genți de voiaj, valize, aflate în posesia asiguratului în timpul călătoriei în străinătate. Termenul include atât bagajul luat în primire de către transportator și pentru care acesta eliberează un document corespunzător, cât și orice alt bagaj în afara celui înregistrat.

Nu sunt cuprinse în asigurare și nu se vor despăgubi: obiecte fragile sau deteriorabile, bani, cecuri, titluri de valoare și/sau obligațiuni, acțiuni de orice fel, bilete de călătorie, blănuri, bijuterii, colecții de timbre, monede, medalii, tablouri și alte obiecte de valoare artistică, științifică sau istorică, obiecte de patrimoniu, documente, mostre, manuscrise, precum și orice echipamente electronice portabile, cum ar fi: telefoane mobile, tablete electronice, sisteme de navigație etc., echipamente pentru sporturi de iarnă, articole medicale și medicamente.

Obiectul asigurării

Asigurătorul va despăgubi pagubele produse bagajelor aflate în proprietatea asiguratului, în limita sumei menționate în polița de asigurare, pagube produse prin pierderea, distrugerea sau deteriorarea acestora în timpul călătoriei în străinătate, pe perioada transportului terestru, aerian sau maritim.

De asemenea, în cazul întârzierii bagajului pentru mai mult de 12 ore, se acoperă și cheltuielile de achiziție a bunurilor de primă necesitate (obiecte vestimentare și de toaletă), care permit asiguratului să facă față indisponibilității temporare a obiectelor personale din bagaj.

Asigurarea este valabilă pe durata călătoriei în străinătate pentru bagajele care sunt transportate în același mijloc de transport cu care călătorește asiguratul.

închiriat: de la trecerea frontierei și până la întoarcerea în țară;

- pentru bagajul nepredat în cazul călătoriilor cu autocarul: de la începutul operațiunilor de îmbarcare și până la sfârșitul celor de debarcare;
- pentru bagajul înregistrat: din momentul preluării bagajului de către transportator în cadrul formalităților de îmbarcare și încetează la momentul preluării de către asigurat a bagajului de la transportator.

Bagajele și conținutul lor se asigură la o valoare fixă, indiferent de numărul și tipul obiectelor din care sunt alcătuite.

Excluderi

Asigurătorul nu acordă despăgubiri pentru:

- pagube produse bagajelor aflate într-o stare necorespunzătoare de întreținere;
- bagaje care nu sunt transportate în același mijloc de transport cu care călătorește asiguratul;
- sustrageri de obiecte din bagajele asiguraților, asigurându-se doar furtul integral al bagajelor;
- viciul propriu, uzura normală, influența temperaturii sau a condițiilor climaterice, deteriorarea ca urmare a utilizării, procesului de curățare, zgârierii, pățării, oricărui dăunător, mucegai;
- erori de fabricație;
- bunuri ilicite (de contrabandă, prohibite);
- daune provocate de materiale inflamabile, explozivi, materii radioactive, otrăvitoare, rău mirositoare, arme de foc și obiecte ascuțite, stupefiante, droguri și altele care sunt interzise de legislația în vigoare;
- daune datorate înmuierii sau scurgerii substanțelor grase, colorante sau corozive din bagajele asigurate;
- bagaje furate dintr-un vehicul lăsat nesupravegheat, cu excepția bagajului lăsat în torpedoul sau portbagajul închis al vehiculului, astfel încât să nu fie vizibil din exteriorul acestuia și există o probă evidentă în ceea ce privește intrarea cu forță sau violență în vehicul;
- daune rezultând din confiscarea, sechestrarea sau distrugerea lor printr-un ordin al unei autorități administrative;
- bagaje și/sau obiecte care nu sunt proprietatea asiguratului;
- bagajelor împrumutate sau încredințate unor terțe persoane;
- prejudiciile pentru care asiguratul nu obține și nu prezintă asigurătorului raportul companiei de transport referitor la circumstanțele pierderii/furtului/întârzierii bagajului;
- întârzieri ale bagajului mai mult de 12 ore produse pe teritoriul României;

Acoperirea prin asigurare începe:

- în cazul călătoriilor cu autovehiculul propriu sau

- bunuri cuprinse în asigurare printr-o altă asigurare sau care pot fi recuperate dintr-o altă sursă;
- orice eveniment exclus în condițiile generale privind asigurarea de asistență medicală în străinătate.

Obligațiile asiguratului

Asiguratul este obligat să notifice paguba suferită în momentul preluării bagajului său la destinație și să obțină din partea autorităților competente un raport scris referitor la circumstanțele furtului/pierderii/întârzierii bagajului.

Asiguratul va notifica asigurătorul în maxim 7 zile de la data la care a luat la cunoștință producerea evenimentului asigurat.

Asiguratul va lua măsuri pentru limitarea pagubelor în cazul producerii unui eveniment asigurat, să facă demersurile și să îndeplinească toate formalitățile pentru conservarea dreptului la regres al asigurătorului față de terții vinovați de producerea daunei.

În situația întârzierii bagajelor, asiguratul va obține un raport scris oficial din partea companiei de transport, prin care se dovedește întârzierea bagajelor înregistrate, cât și perioada întârzierii (numărul de ore).

Plata despăgubirii

Plata despăgubirilor pentru bagaje și efectele personale se face în limita sumei maxime asigurate, precizată în polița de asigurare și a unei declarații pe proprie răspundere privind valoarea bagajului.

Despăgubirea se acordă la prim risc și nu poate depăși valoarea reală a bunurilor la data producerii evenimentului asigurat și nici limita maximă stabilită în polița de asigurare. Prin valoarea reală a bunurilor se înțelege valoarea din nou mai puțin uzura.

În cazul furtului se acordă despăgubiri numai dacă organele de cercetare confirmă în scris producerea evenimentului, bagajele nu au fost găsite și autorii nu au fost identificați. În declarația depusă și înregistrată la organele de cercetare sau în raportul eliberat de către acestea, se vor menționa bunurile furate, precum și valoarea acestora.

Dacă înainte de plata despăgubirii, bagajele au fost găsite, despăgubirile se acordă doar pentru eventualele deteriorări datorate furtului.

Dacă, după plata despăgubirii, bagajele au fost găsite, asiguratul este obligat să restituie asigurătorului, în termen de 15 zile sumele încasate sau, dacă bunurile găsite sunt avariate ori incomplete, diferența dintre sumele încasate de la asigurător și costul reparațiilor sau completării.

În situația întârzierii bagajelor, cuantumul despăgubirii se stabilește pe baza documentelor justificative

(chitanțe, facturi, bon de casă semnat și ștampilat etc.), conform sumei asigurate stipulate, din care să rezulte că în perioada întârzierii bagajului, asiguratul și-a achiziționat bunurile de strictă necesitate.

Dispoziții finale

Prezentei clauze i se aplică toate prevederile din „Condiții generale privind asigurarea de asistență medicală în străinătate”, în măsura în care nu contravin celor de mai sus.

Prezenta clauză suplimentară poate fi atașată oricărui contract de asigurare de asistență medicală în străinătate și face parte integrantă din acesta. Dacă acoperirea prin asigurarea de bază încetează, încetează și acoperirea aferentă clauzei suplimentare. Rezilierea clauzei suplimentare nu afectează în nici un fel asigurarea de bază. Clauza suplimentară intră în vigoare la aceeași dată cu asigurarea de bază sau oricând la o dată ulterioară, dar nu mai devreme de plata primei de asigurare corespunzătoare.